POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY I ODCZYTY.

Prof. N. PENDE, Dyrektor Kliniki lekarskiej Uniwersytetu i Instytutu Biotypologiczno-ortogenetycznego w Genui.

Tłumaczyła Dr. Zofja Ryftyn-Lipska.

Biologja i Medycyna konstytucjonalna i indywidualna.

II.

Jednostka indywidualna pod względem dynamicznym. Temperamenty. Charaktery. Typy inteligencji[1]).

Po określeniu typu morfologicznego ze strony ogólno-dynamicznej, który to typ przez klasyfikację na długolinijny, silny i słaby *(longilineo stenico, astenico)* i krótkolinijny silny i słaby *(brevilineo stenico, astenico)*, przedstawia się nam, że tak powiem, ze strony ilościowej, obecnie zajmiemy się badaniem jakościowem, czynnościowem: temperamentu, jego charakteru i inteligencji.

Na wytworzenie różnych temperamentów indywidualnych składają się przyczyny, których wyjaśnienie znajdujemy we współczesnych badaniach aparatu, regulującego równowagę soków ustroju, równowagę przemiany materji i funkcyj wszystkich części, wchodzących w skład organizmu, — aparatu, który obejmuje gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem i układ neuro-chemiczno-wegetacyjny lub neuro-elektrolityczny.

Przyczyny te, tworzące podstawę chemiczną i nerwową danego temperamentu, — to wydzielanie dokrewne z współpracą niektórych elektrolitów, substancyj chemicznych, regulatorów naszych płynów i ośrodków układu współczulnego i błędnego.

Badania moje, prowadzone od lat 20-tu, dowiodły mi, iż istnieje w problematach konstytucjonalnych zasada, przyjęta obecnie w zupełności przez Mac Auliffa, Guillaume'a, Leopolda Levi, w Hiszpanji przez Maranon i przez uczonych niemieckich, amerykańskich i rosyjskich, iż stan i sposób funkcjonowania systemu wewnątrzwydzielniczego i neurowegetacyjnego jednostki stanowi podstawę temperamentu indywidualnego. Określenie zatem temperamentu wewnątrzwydzielniczego i neuro-wegetacyjnego danej jednostki, równoznacznem jest ze zrozumieniem dynamizmu tej jednostki, dynamizmu ogólnego, jak i z pewnemi zastrzeżeniami, również i dynamizmu psychicznego, charakteru.

Dlatego też nauka o wydzielaniu wewnętrznem i układzie wegetacyjnym zajęły miejsce dominujące w biologji i patologji konstytucyjnej.

Należy jednakże zaznaczyć wyraźnie, że, ponieważ wszystkie części ciała są we wzajemnym do siebie stosunku, ponieważ nie można wyobrazić sobie, aby gruczoły wydzielania wewnętrznego i system neurowegetacyjny działały niezależnie od innych tkanek i narządów, ponieważ czynność gruczołów i systemu *sympathicus-parasympathicus* jest nie tylko regulującą odżywianie i pracę tkanek, lecz te ostatnie posiadają również własną strukturę, posiadają swoją sobie właściwą cechę dziedziczności i sposób reagowania na bodźce wewnętrzne i zewnętrzne, inaczej mówiąc, posiadają własną autonomję, — dlatego też pogląd najbardziej odpowiedni i prawdziwy na określenie temperamentu i charakteru indywidualnego będzie następujący: temperament zależy z jednej strony, od struktury i architektury konstytucjonalnej naszego ciała i poszczególnych jego narządów; z drugiej strony, od sposobu działania różnych gruczołów dokrewnych i systemu nerwowo-wegetacyjnego. Stąd wniosek: charakter moralny i typ indywidualny inteligencji nie zależą tylko od stanu gruczołów dokrewnych i systemu wegetacyjnego (nikt nie powinien obecnie wpaść w tę przesadę i wzrokiem krótkowidza rozstrzygać problemy konstytucyjne); lecz zależą, z jednej strony od pierwotnej struktury całego systemu nerwowego, przedewszystkiem mózgu; a z drugiej od stanu systemu regulującego dokrewno-współczulnego.

Wiadomem nam jest, iż gruczoły dokrewne wraz z systemem nerwowo-wegetacyjnym tworzą skomplikowany aparat, w którym nerw współczulny i błędny, działając na różne tkanki w sensie przeciwnym, a szczególnie na asymilację i wydzielanie, równoważą się; aparat, w którym znajdujemy jedne hormony, działające hamująco na daną czynność i inne pobudzające tę samą czynność. Taka przeciwstawność wytwarza harmonję w przejawach danej czynności; gdy zaś równowaga dokrewna i hormonów będzie naruszona, nastąpi dysharmonja we funkcjach.

I oto w zależności od tego, czy u danej jednostki jeden lub kilka gruczołów, nie powodując jeszcze zaburzeń chorobowych, pracuje nadmiernie, lub niedostatecznie (to samo również stosuje się do *sympathicus* i *parasympathicus,* które w stanie prawidłowym powinny się zrównoważyć), wytwarzają się rozmaite temperamenty dokrewne i nerwowo wegetacyjne.

Ponieważ gruczoły dokrewne mają wpływ pierwszorzędny na rozwój fizyczny i psychiczny, czyli na uformowanie się indywidualnego biotypu morfologicznego, rozumie się przeto, że w temperamentach dokrewnych dysharmonje przejawiają się również i w formach ciała, co nam ułatwia rozpoznanie gruczołu lub gruczołów, pracujących nieprawidłowo. Ponieważ gruczoły dokrewne wywierają także duży wpływ na przemianę materji, na skład naszych soków ustrojowych, a także na równowagę między różnemi substancjami chemicznemi, krążącemi we krwi, niezbędnemi dla życia, jak to: cukier, tłuszcze, wapń, potas, fosfor, sód, magnez, woda, substancje azotowe etc., znajdziemy oprócz wyżej wymienionego naruszenia równowagi morfologicznej, naruszoną równowagę w przemianie materji, w składnikach chemicznych i fizykochemicznych krwi, w wydzielinach i wydalinach. A ponieważ gruczoły dokrewne są regulatorami odżywiania i bodźcami systemu nerwowego zarówno wegetacyjnego jak i ruchowego, a także życia psychicznego, przeto w temperamentach dokrewnych i neurowegetacyjnych znajdziemy naruszenie równowagi systemu nerwowego odruchów, jak również ośrodków instynktów, życia uczuciowego, woli i intelektu. Z powyższego wynika, że lekarz, który potrafi rozpoznać temperament dokrewny i przejawy dokrewno-współczulne danego osobnika, potrafi tem samem zrozumieć i przewidzieć cały szereg psychicznych cech i przejawów indywidualnych i ogólnych danego osobnika. Lecz ważniejszem jest — co omówimy poniżej, że ponieważ gruczoły dokrewne ulegają wpływom różnych odnośnych środków terapeutycznych i są przez nie zmieniane, (organoterapja, Roentgen, rad, stosowne odżywianie, przeszczepianie gruczołów), więc możemy mieć nadzieję, iż potrafimy skorygować temperament dokrewny, szczególnie w okresie jego rozwoju. Dla prawidłowego rozwoju ciała i ducha wprowadzimy w czyn medycynę zapobiegawczą, stosując ortogenezę, t. j. skorygowanie anomalij rozwoju fizycznego, moralnego i intelektu.

Zajmijmy się obecnie ściśłem zilustrowaniem głównych temperamentów dokrewnych. Zacznijmy od najbardziej ważnego gruczołu tarczykowego.

Temperament podtarczyczny *ipotiroideo* odznacza się ciałem krótkolinijnem *(brevilineo)*, beczułkowatem, głowa często łysieje, brwi o włoskach rzadkich szczególnie w 1/3 części zewnętrznej, powieki są nabrzmiałe, oczy małe i głęboko osadzone w oczodołach, wyraz oczu mało inteligentny, twarz szeroka, okrągła i pucułowata; wargi grube, nos krótki szeroki i mięsisty, język gruby, zęby przeważnie spróchniałe, wcześnie wypadają, skóra czoła i policzków zimna, często sinawa, pokryta wczesnemi zmarszczkami, co nadaje twarzy wygląd dojrzały, a nawet starczy. Skóra kończyn sucha, łuszcząca się, zimna, sinawa, szyja krótka, szeroka, w niektórych miejscach nad obojczykami obrzmiała, gruba; często podbródek spada ku piersi z powodu odchylenia się ostatnich kręgów szyjnych. Klatka piersiowa szeroka, krótka i głęboka, przypomina z budowy klatkę piersiową dziecka; brzuch duży, kończyny górne i dolne krótkie i tłuste, ręce szerokie i mięsiste, prawie zawsze zimne; paznokcie rosną słabo i są kruche, upstrzone białemi plamkami i prążkami; na nogach często są żylaki, stopa często płaska. Owłosienie na piersi, kończynach, pod pachami, w okolicy części rodnych nieznaczne. Włosy są rzadkie, suche i twarde.

Rozwój organów rozrodczych może być prawidłowy lub nawet przekracza normę, u kobiet nieraz następuje wcześnie menstruacja.

Z punktu widzenia przejawów funkcyj, osobnik *ipotiroideo* jest powolny, odrętwiały, woli życie bierne niż ruch, chociaż może mieć dobrze rozwinięte mięśnie i być odpornym na zmęczenie w pracy, a nawet jednostki te są pracownikami dobrymi, uległymi, najbardziej dyscyplinowanymi, zrezygnowanymi; nie-

[1]) Patrz artykuł tego autora w Nr. 44 P. G. L.

zdolni są oni do buntu i rewolucji. Temperament ten lubi sen, jest apatyczny, obojętny. Pod względem uczuć podobny jest do wieku dziecięcego. Odpowiada temperamentowi flegmatycznemu starożytnych autorów. Inteligencja tych osobników nigdy nie bywa zbyt rozwiniętą, a przedewszystkiem niedomaga fantazja i myślenie abstraktyjne, przeważa myślenie realne i konkretne.

A teraz zwróćmy się do typu przeciwnego, t. j. nadtarczyczynego *ipertiroideo*. Spotkamy tu zupełny kontrast cech ogólnych i psychicznych.

Ciało jest wysmukłe, zgrabne, długolonijne, *(longilineo)*, często o budowie pełnej wdzięku; klatka piersiowa podłużna i z boków zwężona (również u mężczyzn), gdy miednica tak u mężczyzn, jak i u kobiet jest stosunkowo dość szeroka; często u tych osobników część górna ciała jest o wiele delikatniejsza i szczuplejsza niż dolna: twarz, szyja, ramiona, klatka piersiowa, ręce są delikatne, cienkie; — miednica, pośladki, uda, nogi są mocne, silne, u kobiet części te posiadają dość duży podkład tłuszczu. Włosy na głowie są obfite, gęste, często w lokach, faliste i błyszczące; oczy duże, otwarte, o długich gęstych rzęsach, żywe i z błyskiem w spojrzeniu. Nos często długi i wąski, nieraz cienki (typ nosa Karola V.); twarz wąska, podłużna; wargi cienkie; zęby piękne, mocne, podbródek przeważnie mały i wąski; skóra często sinawa lub blado brunatna.

Wyraz twarzy zawsze młody, nawet w wieku już posuniętym; osobnik taki wygląda zawsze młodziej, niż nim jest w rzeczywistości; chociaż zdarza się nierzadko, iż włosy siwieją nawet przedwcześnie, pozostają jednak obfitemi do późniejszej starości. Szyja jest długa delikatna, gruczoł tarczycowy może się uwydatniać na zewnątrz, szczególnie u kobiet. Klatka piersiowa podłużna, zbliżająca się do cylindrycznej, piersi u kobiet mało rozwinięte; owłosienie pod pachami i w okolicach części rodnych obfite; u mężczyzn zarost obfity, wcześnie występujący; u kobiet górna warga pokrywa się prawie zawsze puszkiem, który również znajduje się w okolicy muszli usznej. Ręce są długie i cienkie, palce wydłużone i chude, paznokcie długie i błyszczące; ręce najczęściej są ciepłe i pocą się z łatwością. Również nogi są delikatne i długie. Brzuch jest wąski i wydłużony; zewnętrzne części rodne u obu płci są przeważnie niedużych rozmiarów. Życie psychiczne przeważa nad instynktem seksualnym. Siła mięśni może być prawidłowa, lecz wyczerpuje się szybko. Osobniki te posiadają raczej zwinność, niż siłę i odporność. Temperament ten odznacza się szybkością w przejawach ruchu i myśli, oraz pewną nerwowością. Łatwo i szybko przejmuje się; przesadną jest wrażliwość moralną, skłonność do pesymizmu i smutku. Jest to temperament żółciowy starożytnych autorów.

Temperament, zdradzający brak rozwoju gruczołu rozrodczego *(ipogenitale)*, rozpoznaje się przez dysproporcję, jaka istnieje między kończynami dolnemi długiemi, a biustem zbyt krótkim; długie i niezgrabne są również dłonie i stopy, zaś skóra na nich ze strony grzbietu jest zmarszczona i pozbawiona sprężystości, podobna do skóry żabiej lub skórki z pomarańczy. Wszystkie wymiary czaszki są małe, a szczególnie poprzeczna; oczy małe, powieki, osobliwie górna, obrzękłe i opadające; szczęka bywa albo zbyt mała albo zbyt duża; zęby często są drobne, źle osadzone i spróchniałe; włosy gęste rosną nisko u podstawy czoła; są proste, u mężczyzn podobne są do włosów kobiecych (jakby peruka); brwi rzadkie, jak również uwłosienie brody u mężczyzn cienkie, jedwabiste, podobne do uwłosienia u starej kobiety; u kobiety istnieje puszek na górnej wardze i na brodzie; pod pachami może brakować włosów; uwłosienie części rodnych u mężczyzn przypomina kobiece, u kobiet zaś może być bardzo skąpe. Wyraz twarzy u mężczyzny bywa dziecinny lub zniewieściały, u kobiety również dziecinny lub męski. Ciało może być tęgie lub chude. Cechy płciowe drugorzędne są źle rozwinięte; u mężczyzny mogą istnieć piersi mniej lub więcej duże, zaokrąglenie ramion, jak i pośladków, brzucha, ud, podkład tłuszczowy nad spojeniem; u kobiety piersi mało rozwinięte, miednica wąska. Zmysł seksualny, jak i życie psychiczne u mężczyzny mogą być zachowane; kobieta pod tym względem przejawia pewien chłód, obojętność i może pozostać bezpłodną. Części rodne zewnętrzne są nieduże. Charakterystyczny jest wygląd ciała, długolinijny *(longilineo)*, ale asteniczny, słaby; skóra ciała blada, anemiczna. Usposobienie przygnębione, charakter, lubiący samotność, mało ekspansywny, przejawy uczucia dziecięce; lecz umysł w szczegółach praktyczny, realny może być nawet wysoko rozwinięty; wielu z pośród tych osobników może być wielkimi politykami i działaczami.

Temperament przejawiający nadmierną czynność gruczołu rozrodczego *(ipergenitale)*, przeze mnie zindywidualizowany, przedstawia się następująco: ciało krzepkie krótkolinijne *(brevilineo)*, jest chude, lecz muskularne i odznacza się swemi zbyt krótkiemi kończynami w stosunku do tułowia długiego; głowa jest wielka (wszystkie wymiary są duże); włosy na głowie nieobfite, szczególnie mało na skroniach, mają skłonność do przedwczesnego łysienia u mężczyzn; natomiast obfite są brwi, zarost i uwłosienie klatki piersiowej i kończyn. Klatka piersiowa u mężczyzn jest dość obszerna, brzuch natomiast przeważnie wąski. Mięśnie i krew dobrze rozwinięte. Części rodne zewnętrzne są duże. Kobieta jest przeważnie wzrostu niskiego; nogi stosunkowo są krótkie; czaszka szeroka, czoło niskie, oko duże, wyraziste; szyja przeważnie krótka; ramiona szerokie, piersi mało rozwinięte; miednica szeroka; podkład tłuszczowy przeważnie rozwinięty w okolicach piersi, bioder, ud; *habitus* wyraźnie krótkolinijny *(brevilineo)*.

Temperament o niedostatecznej czynności nadnercza *(iposurrenalico)* odznacza się wyglądem słabowitym, wysmukłością ciała oraz słabością, ociężałością wszystkich jego części, prawdziwy *habitus* długolinijny i chudy, odpowiadający typowi astenicznemu autorów niemieckich, a według starożytnych *habitus phtisicus*. Jestto wygląd, podług mnie, skłonnych do gruźlicy.

Czaszka może mieć duże rozmiary; uwłosienie jest obfite, brwi gęste; twarz wąska i szczupła, szczęka często słabo rozwinięta; cera o odcieniu ołowianym lub bladobrunatna; szyja cienka; mięśnie karku cienkie, uwydatniające się pod skórą; klatka piersiowa zapadnięta, ramiona często uniesione ku górze; brzuch płaski i wąski; kończyny cienkie i chude; skóra zdradza skłonność do zbytniej pigmentacji.

Rozwój części płciowych często nieco niedomaga, jak również rozwój mięśni. Przeważa słabość mięśni i prędkie wyczerpywanie się wszystkich czynności, na pierwszem miejscu słabość serca, płuc, narządu trawienia. Są to typy łatwo męczące się. Uczuciowość ich jest przesadzona, szybko się rozdrażniają i zdradzają skłonność do melancholji. Jestto temperament melancholiczny starożytnych autorów.

Inteligencja często rozwinięta ponad normę, wola jest silną, lecz podlega kryzysom wyczerpania.

Temperament przeciwny *(ipersurrenalico)* zdradzający nadmierną czynność nadnercza, odróżnia się swem ciałem krótkolinijnem *(brevilineo)*, krzepkiem, atletycznem, i potężnemi mięśniami; klatka piersiowa i brzuch są wielkie, pokryte obfitem owłosieniem; nawet u kobiety spotykamy owłosienie brzucha, kończyn i twarzy (owłosienie męskie). Są to temperamenty, u których wszystkie czynności, jakoto: mięśniowa, krążenia, oddechowa, trawienia przejawiają się silnie. Temperamenty te skłonne są do otyłości. U kobiet piersi są często wielkie, natomiast menstruacje są skąpe, a czas pokwitania występuje wcześnie. Ze strony charakteru daje się zauważyć siła i odporność moralna, zmysł napastniczy i wojowniczy; potrzeba ciągła ruchu i działań. Inteligencja jest żywa i często bardzo rozwinięta. Temperament ten odpowiada temperamentowi krwistemu starożytnych autorów.

Temperament o zwiększonej czynności grasicy *(ipertimico)* jest ciekawy przedewszystkiem w epoce dojrzewania ze względu na wygląd ciała, a mianowicie: ciało jest wydłużone, delikatne; lecz nie jest ono płaskie, a zaokrąglone; chłopcy zdradzają pewną zniewieściałość i dziecinność w wyglądzie twarzy, w postaci klatki piersiowej i brzucha, piersi, kończyn, w kształcie owłosienia, jak i jego położenia; jednak narządy płciowe zewnętrzne mogą być wielkości prawidłowej.

U kobiet cechy kobiece przejawiają się skąpo; ciało jest muskularne, często istnieją włoski na twarzy, kończynach, na piersi, naokoło brodawek, wzdłuż linji brzucha; miednica jest wąska; wyraz twarzy bezpłciowy. Często u kobiet menstruacje są skąpe i bolesne. W czynnościach swych osobnicy ci *(ipertimici)* zdradzają nikłą odporność na zakażenie; posiadają cechy krwi limfatyków i anemicznych; objawy, zdradzające przewagę nerwu błędnego nad współczulnym. Charakterystycznem u tych osobników jest łatwe rozluźnienie się stawów. Spotyka się wśród tych osobników anomalje zmysłu moralnego, naprz. kleptomanję, skłonność do samobójstwa, charakter kapryśny. Seksualnie spotyka się anomalje w przejawach uczuć, naprz. miłość syna do matki, córki dla ojca, brata do siostry i odwrotnie. Inteligencja grzeszy brakiem krytycyzmu i możnością panowania nad sobą.

Temperament ze słabą działalnością przysadki mózgowej *(ipopituitarico)* podobny jest bardzo do poprzedniego: tu także spotykamy cechy zniewieściałości u mężczyzn, najbardziej wydatną cechą jest otyłość, przypominająca otyłość kobiecą, a mianowicie: tłuszcz znajduje się w okolicach piersi, brzucha, nad spojeniem, na biodrach. Części rodne zewnętrzne są mało rozwinięte; dojrzałość opóźniona. Nawet wyraz twarzy jest słodki i zniewieściały, lub dziecinny; również szyja ma kształt szyi kobiecej. Cechy niemniej ważne — są: mały rozmiar szczęki górnej; rąk i stopy, a także czaszki *(acromicria)*; często nos jest mały, dziecinny, zwężony; kształt podniebienia ostrołukowaty, skóra biała, delikatna; włosy na głowie, jak i włoski rzęs, brwi etc. są bardzo

cienkie. Wzrost mały, lecz stosunek wymiarów długości do średniej szerokości może być prawidłowy. Siła mięśni jest niewielka: charakter słaby, dziecinny, inteligencja może być prawidłowa.

Temperament przeciwny *(iperpituitarico)* będzie odznaczał się zwiększoną działalnością przysadki. Rozpoznajemy go przez wzrost wysoki, wygląd ciała dorodny. Czaszka, szkielet twarzy, rąk i nóg są mocne i wielkie, szczególnie dolna szczęka jest duża o kształcie kwadratowym i mocno wysunięta naprzód. Skóra jest gruba, również i włosy, mięśnie są dobrze rozwinięte. Ciało w proporcjach swych jest długolinijne *(longilineo)* lecz silne i toniczne; klatka piersiowa i brzuch dobrze rozwinięte. Całość cielesna ponad normą. Ze strony psychicznej osobnicy ci odznaczają się ociężałością umysłu charakterem apatycznym, flegmatycznym; często odznaczają się dobrą pamięcią.

Pozostawimy opis innych temperamentów, niedokładnie jeszcze dających się ująć przez badanie morfologiczne i wymagających jeszcze pogłębionych badań przemiany materji, systemu nerwowego i psychiki: naprz. temperament, w których niedostateczna jest praca gruczołu przytarczycznego *(ipoparatiroideo)*, temperament o nadczynności trzustki *(iperpancreatico)* i o niedomodze trzustki *(ipopancreatico)*, ten ostatni jak wiemy skłonny do cukrzycy.

Chodzi mi obecnie o zaznaczenie, że badania współczesne temperamentów dokrewnych umożliwiły wprowadzenie bardzo ciekawych zastosowań w medycynie ogólnej i społecznej, a przedewszystkiem zastosowania, gdy chodzi o ochronę rozwoju fizycznego i intelektualnego dziecka i wieku młodzieńczego. Pierwsze wyniki na tem polu są bardzo zachęcające, gdyż dzięki odpowiedniemu leczeniu, w pierwszej mierze skierowanemu ku leczeniu gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, otrzymujemy niezwykłą poprawę anomalij ustroju a u osobników dorastających prawdziwe unormowanie budowy i temperamentu.

Jestem pewny, że w wielu przypadkach leczenia temperamentu dokrewnego, gdy leczenie to połączone będzie z higieną duszy i odpowiedniem wychowaniem, możemy otrzymać wybitne wyniki w kierunku skorygowania anomalij moralnych u dorastających. Timme'mu neurologowi z Nowego Jorku, udało się usunąć kleptomanię i skłonność do kradzieży u młodzieńców o temperamencie anormalnym dokrewnym, przez zastosowanie wyciągów gruczołowych. Ja osobiście zaobserwowałem poprawę po zastosowaniu odpowiedniej kuracji wyciągami z gruczołów, u dorastających o kapryśnem, napastniczem usposobieniu, z brakiem zupełnym karności z brakiem woli i pamięci. Szczególnie oczywistemi i jaskrawemi są wyniki zastosowania leczenia gruczołowego w wypadkach anomalij charakteru, powodowanych nieprawidłowościami w rozwoju seksualnym, gdyż leczenie to całkowicie te anomalje usuwa.

Jestto jeszcze pole dziewicze, które, jak potężny reflektor, oświetla głębie dotychczas jeszcze niezbadane naszego ciała i ducha.

Nauka posuwa się ostrożnie i wolno na tym nowym terenie, w którym oskard myśli łacińskiej, — z przyjemnością wspomnę na tem miejscu moich sprzymierzeńców Leopolda Levi i Maranon, — żłobi uderzeniami coraz to bardziej pewnemi swoją drogę wytyczną.

Nie chodzi tu o dojście do celu, lecz o posuwanie się naprzód! *Le devoir n'est pas d'arriver au bût, mais d'être en marche.*

PRACE ORYGINALNE.

Stefan STERLING-OKUNIEWSKI. Warszawa.

Próby leczenia emanacją radową (radonem) niektórych spraw zakaźnych (t. zw. alfaterapja *).

Ponieważ w ostatnich czasach jednocześnie w różnych krajach prowadzone badania dość licznych autorów (nasze własne, łącznie z Drem T. Kaweckim[1]), Foà i Galli[2]) w Turynie, Novaka[3]) w Pradze Czeskiej) wykazały, że emanacja radowa, a więc właściwie jej promienie alfa mają niezmiernie silne działanie bakterjobójcze, przeto siłą rzeczy wyłoniło się pytanie o bardzo ważnem znaczeniu praktycznem, mianowicie: czy emanacja radowa, wstrzyknięta dożylnie do ustroju ludzkiego, zakażonego drobnoustrojami chobotwórczemi lub pierwotniakami, nie może przy bezpośredniem zetknięciu się z niemi, wywołać takiego samego działania bakterjobójczego, jak *in vitro*. Wstrzykiwania emanacji ludziom były już dokonywane, chociaż w innych celach, przedewszystkiem w celu leczenia nowotworów. Mianowicie Kotzareff w Genewie metodę, t. zw. przez niego *„curietherapie interne des cancers"* opracował dokładnie, a potem stosował na dość dużym materjale klinicznym (w swej książce, wydanej w 1927 r. podaje, że do tego czasu podawał rad dożylnie w 40 przyp.). Nie było więc najmniejszych obaw co do stosowania emanacji drogą dożylną, zwłaszcza, że również Instytut Curie w Paryżu, na moje zapytanie, wypowiedział się co do jej nieszkodliwości.

Naturalnie, pierwszą kwestją, jaka się nasuwa, jest: w jakich cierpieniach teoretycznie możnaby oczekiwać pomyślnych wyników leczenia? Zgóry więc należy stanąć na stanowisku, że te wszystkie choroby zakaźne o ostrym przebiegu, które się leczą dobrze innemi środkami i metodami już wypróbowanemi, te — rzecz jasna — mogą być w naszem wyliczeniu pominięte. Ale, z drugiej strony, często i metody uznane w pewnych, może mniej typowych przypadkach, mogą zawodzić — wtedy może być wskazana próba stosowania emanacji drogą dożylną. Dalej — i to stanowi niewątpliwie grupę może najważniejszą — mamy nieraz do czynienia ze schorzeniami, które z wyraźnie poczynającym się okresem ostrym — wbrew naszemu oczekiwaniu — bynajmniej się nie kończą, a przechodzą w stan podostry, o nieokreślonym przebiegu i nieściśle ustalonem rozpoznaniu. Wreszcie, możemy stosować w przypadkach czysto internistycznych, w których jednak procesy bakteryjne, jako zakażenia wtórne, dodatkowe, odgrywają rolę bardzo doniosłą.

W ten sposób do spraw ostrych — grupa pierwsza — zaliczyć możnaby: ostre posocznice i ropnice, zwłaszcza gdy nie poddają się działaniu zwykle stosowanych leków i surowic, gdy przechodzą w stan podostry i gdy dołączają się objawy ze strony wsierdzia, serca lub naczyń głównych. Zwłaszcza umiejscowienie uszkodzeń na zastawkach sercowych lub naczyniowych jest dogodne dla działania promieni alfa, gdyż podczas krwiobiegu bezustannie musza one oddziaływać bakterjobójczo na zarazki, znajdujące się w tych uszkodzeniach. Tu możnaby też, z punktu widzenia posocznicowego, umieścić ciężkie stany duru brzusznego w pierwszych 2 tyg. choroby (być może, zresztą, i w późniejszym okresie).

Duża grupa zakażeń popołogowych wchodzi w obręb tej grupy, dalej stany pogrypowe, tak ostatnio częste, poanginowe, połączone z bólami stawów i obrzękiem gruczołów chłonnych. Przedewszystkiem zaś, tak groźna i nie poddająca się właściwie żadnym nam znanym lekom *endocarditis lenta* z paciorkowcem zieleniejącym we krwi lub bez niego (t. zn. bez możności wykrycia go we krwi, ale o typowym przebiegu klinicznym).

Nie jest wyłączone, że możnaby do tej grupy włączyć ostre stany zapalne opon mózgowych (mózgowia), próbując podawać emanację nietylko drogą dożylną, ale oględnie i do kanału kręgowego (co do tej drogi nie mam jednak żadnego doświadczenia). Prawdopodobnie jednak, podobnie jak w rzeżączce, co do której czyniłem próby, pomimo możności bezpośredniego działania na drobnoustroje, zarazki, zawarte wewnątrzkomórkowo, mniej się poddają wpływowi promieni alfa.

Ze stanów podostrych należy wymienić poruszone już powyżej zaostrzenia przewlekłego zapalenia wsierdzia, które przechodzą ze stanami gorączkowemi i które każdej chwili mogą nabrać charakteru złośliwego. Chociaż emanacja nie cofnie, naturalnie, już istniejących zmian zastawkowych, ale zniszczy bakterje nietylko *in loco*, ale prawdopodobnie wszędzie tam, gdzie one się jeszcze w ustroju znajdują.

Przechodzimy do drugiej grupy cierpień zakaźnych, których przebieg jest przewlekły, które mogą jednak nabierać cech ostrych, nawet o gwałtownym przebiegu. Tu musimy przedewszystkiem wymienić prosówkę gruźliczą płuc. Wysokie stany ciepłoty, nietłumaczące się wyraźnemi objawami ze strony płuc, nawet z ujemnym rentgenogramem, brak objawów chorobowych i odczynów bakterjologicznych, które wyjaśniły tło sprawy, wszystko to nieraz — po tygodniowym lub dłuższym okresie czasu — prowadzi ostatecznie do prosówki. W tych razach, jak wskazuje poniższe spostrzeżenie, metoda emanacji dożylnie może znaleźć zastosowanie. Dalej, przewlekłe stany zapalne dróg żółciowych, a zwłaszcza woreczka żółciowego, które — jak wiadomo z licznych spostrzeżeń stanowią nieraz zejście duru brzusznego, durów rzekomych i innych schorzeń jelit na tle zakaźnem — winny podlegać próbie leczniczej emanacją. Jest rzeczą znaną, że nosiciele pałeczek Ebertha, stanowiący nieraz przez długie lata dla swego otoczenia stałe źródło zakażenia durem brzusznym, sami jednak przebywają cięż-

---

*) Wygłoszone na posiedzeniu lekarzy Oddziału Wewn. Szpitala Szkoln. C. W. San., oraz na posiedzeniu Warsz. Tow. Lekarskiego, w czerwcu 1931.

[1]) Działanie emanacji radowej na bakterje. Rozprawy Wydziału Lekarskiego Polskiej Akademji Umiejętności. T. II. Nr. 2. 1931.

[2]) Il cancro T. I. Vol. I, oraz Rivista di radiologia e fisica medica. T. II. vol. 4. 1930.

[3]) Časopis lekařů českych, cis. 10. 1930.

kie przewlekłe schorzenia dróg żółciowych, oraz pęcherzyka żółciowego. W tych stanach emanacja byłaby specjalnie wskazana.

Jak wykazały bowiem badania nasze, żółć, po działaniu na nią emanacją radową, traci swe korzystne własności dla wzrostu pałeczek — bakterje duru brzusznego, zasiane w takiej żółci rosną źle — teoretycznie więc należy przypuszczać, że dostatecznie silne podziałanie na woreczek żółciowy, względnie drogi żółciowe emanacją radowa może doprowadzić do wyjałowienia tych narządów od pałeczek Ebertha, czego dotychczas medycyna nie mogła osiągnąć żadną metodą leczniczą. Praktycznie jest to sprawa bardzo ważna, nie tylko z punktu widzenia epidemjologji, ale też interny, gdy się zważy, że nosicieli mamy w Warszawie samej, według obliczeń Ławrynowicza, ok. 5% osób, które przebyły dur brzuszny, co czyni według zapadalności m. Warszawy rocznie, mało licząc, około 100 ludzi na samą stolicę, zaś na cały kraj trzymając się tego samego odsetka około 750 osób w roku 1929 [4]). A ponieważ są to stany nieraz bardzo przewlekłe, przeto liczba ta, ujęta w przybliżeniu za przeciąg n. p. ostatniego pięciolecia, będzie się już przedstawiała poważnie, jako stałe źródło zakażenia dla innych i ciągle to nawracającego, to słabnącego cierpienia dla samych nosicieli.

Nie należy też zapominać, że w schorzeniach woreczka, względnie dwunastnicy biorą udział również pierwotniaki, na co u nas aż do lat ostatnich zbyt mało zwracano uwagi. Dopiero szereg polskich autorów podniósł tę sprawę (Skłodowski [5]), Adamowicz [6]), Puszet [7]), Sułek [8]), a szczegółowe badania, dokonywane systematycznie w każdej treści dwunastniczej, wydobytej na oddziale wewnętrznym Szpitala Szkolnego Szk. Podch. San. wykazały, że w długim szeregu przypadków jako przyczynę długoletniego schorzenia dróg żółciowych, względnie woreczka żółciowego należy przyjąć obecność wielkouśćca jelitowego *Lamblia intestinalis.*

W ciągu ostatniego 3-lecia udało się w ten sposób wykryć 17 przypadków zakażenia. Niestety, sama metoda leczenia, zwłaszcza stowarsolem lub emetyna, nie daje zbyt pomyślnych wyników, gdyż wielkouściec powraca po pewnym czasie. W jednym zaś z naszych przypadków zakażenia wielkouśćcem wstrzykiwanie radu dało wynik bardzo pomyślny (patrz niżej).

W ten sposób streszczając wskazania, ujmujemy je jak następuje:

I. 1) Ostre stany zakaźne o charakterze posocznicowym lub ropnicowym, z objawami ze strony wsierdzia lub bez nich *(sepsis streptococcica, staphylococcica, gono-pneumo-meningococcica, endocarditis exacerbata, endocarditis lenta* typu Schottmüller, *endocarditis postgripposa).*

2) Stany gorączkowe nieokreślonego pochodzenia (grypa, angina) z ogólnem stale postępującem osłabieniem, zarówno mięśnia sercowego, jak i ogólnem.

3) Początkowe okresy duru brzusznego (pierwsze 2 tygodnie), ew. stany bardzo ciężkie już okresu pełnego rozwoju tego cierpienia.

4) Ostre przejścia swoistych zmian gruźliczych płucnych w prosówkę, o ile niema, naturalnie, dużych zmian serowatych lub zbyt posuniętego wyniszczenia ustroju.

5) Znaczne stany gorączkowe wskutek stanu zapalnego dróg żółciowych lub woreczka żółciowego.

6) Zakażenie przewodu pokarmowego wielkouśćcem jelitowym.

7) Zakażenia dodatkowe, wikłające inne cierpienia (np. rozpad nowotworów, owrzodzeń i t. p.).

(8) Zapalenie opon mózgowych).

(9) Rzeżączka).

II. Przypadki zakażenia z jamy ustnej, mające swe źródło w torbielach t. zw. *oral infection, oral sepsis).*

III. Nosiciele pałeczek duru brzusznego, względnie nieuleczalne stany zakażenia pałeczką okrężnicy (niedokrwistość Biermera, bardzo przewlekłe stany zapalne pęcherza, zwłaszcza miedniczek nerkowych i t. p.).

* * *

Poniżej podaję pierwszą serię przypadków, leczonych bądź w Szpitalu Szkolnym Centrum Wyszkolenia Sanitarnego, bądź też na Klinice Prof. Pelnara w Pradze Czeskiej, dokąd udałem się, korzystając z zapomogi Ministerstwa Wyzn. Relig. i Oświec. Publ., w celu korzystania z łatwiej dostępnej tam emanacji radowej. Zakupywałem ją po normalnej cenie codziennie w *„Radiumtherapeutickym Ustavie"* (Doc. Novak) w wielkim zakładzie leczniczym na „Podoli", skąd po odpowiedniem jej przygotowaniu przywoziłem w ampułkach do kliniki uniwersyteckiej i tu wstrzykiwałem chorym. Niestety, bardzo krótki czas pobytu nie pozwolił mi na taki dobór materjału, jaki mógłby najkorzystniej przedstawiać się dla skuteczności metody — musiałem więc zadawalniać się bieżącym materjałem klinicznym.

Naturalnie, bardzo ważne zagadnienie stanowi dawka, z drugiej zaś strony *„vehiculum"*, w jakiem należałoby emanację podawać dożylnie w celu możliwie najlepszego wyzyskania jej, jako środka drogiego i bardzo trudno dostępnego, zwłaszcza u nas w Polsce. Ponieważ żaden ze środków tłuszczowych, które — jak wiadomo — najdłużej przetrzymują emanację, nie daje się zastosować do wstrzykiwań dożylnych, możnaby więc myśleć o lipoidach, które również dość długo zachowują promieniotwórczość. Ponieważ jednak wyjaławianie lipoidów przedstawia pewne trudności, a wstrzykiwanie dożylne dla ustroju może być nieobojętne, przeto najprostszy środek wchłaniający gaz emanacyjny stanowi zwykła woda przekroplona lub (cokolwiek gorszy) sól fizjologiczna. To też jako najmniej, a właściwie całkiem pozbawiony niebezpieczeństwa, wybrałem w doświadczeniach mych sól fizj. Sprawa dawki również nie nastręcza zbytnich trudności: Kotsareff wstrzykiwał 20 mc na raz, a nawet więcej, bez żadnego wpływu ujemnego, u nas zaś — wobec znacznych kosztów emanacji i jeszcze większej trudności jej zdobycia — nigdy nie może zachodzić obawa nadmiernego jej wykorzystania: dlatego też dawka 10—15 mc stanowi przeciętną dawkę, podawaną choremu. Nie należy przytem zapominać, że podczas przygotowania samego zastrzyku, pomimo największej zręczności i szybkości w przygotowywaniu, zawsze pewien odsetek (10—25%) ulatnia się, tak iż pacjent nigdy właściwie nie otrzymuje podanej ilości, tylko cokolwiek mniejszą — chyba, że ma się możność sprawdzenia dokładnie liczby mc przed samem wstrzyknięciem.

Technika przygotowywania emanacji do wstrzykiwania jest stosunkowo prosta. Naturalnie, wszystkie naczynia i przyrządy, których używamy, muszą być jałowe i cały sposób postępowania powinien być nacechowany jak największą czystością oraz ostrożnością. Otóż, do wyjałowionego małego, mniej więcej 10—15 cm³ naczyńka, o płaskiem dnie i dobrze zakorkowanego gumowym lub szklanym korkiem, wlewamy prawie do pełna jałowej soli fizjologicznej (najlepiej całą manipulację wykonywać w 10 cm³, aby potem nie mieć trudności ze strzykawką, która przeważnie ma pojemność 10 cm³), poczem rurki z emanacją, które uprzednio umieściliśmy w małem szkiełku zegarkowem z alkoholem w celu wyjałowienia ich ew. uchronienia od zanieczyszczenia, szybko przeciągamy przez płomień i po wprowadzeniu do naczyńka z nalaną solą fizj. szybko rozgniatamy Peanem na dnie naczyńka i natychmiast naczyńko szczelnie zatykamy korkiem.

Po kilku minutach (5—10) do wyjałowionej odpowiednio dużej ampułki (10—15) po odcięciu samego końca, wprowadzamy strzykawką szybkim ruchem zawartość naczyńka po uprzedniem silnem wstrząśnieniu (o ile jest gaz nad powierzchnią płynu, zbiera się nad powierzchnią płynu emanacja, która po wstrząśnięciu zostanie wchłonięta przez ciecz). Przenosimy tę zawartość z naczynia do ampułki albo zapomocą dużej pipety serologicznej z włoskowatym końcem, albo zapomocą zwykłej pipety lub poprostu strzykawki, poczem natychmiast koniec ampułki zatapiamy nad płomieniem gazowym. Końcowe porcje płynu z naczyńka pobieramy z wielką starannością, aby nie pociągnąć i nie przenieść do ampułki rozmiażdżonych cząsteczek szkła, które jednak zazwyczaj wskutek swego ciężaru opadają na dno i są całkiem dobrze widoczne. Ampułkę mierzymy co do zawartości radu i właściwie jest ona gotowa do wstrzyknięcia — uprzednio jednak należy, o ile jest nad płynem warstwa powietrza, skłócić dobrze jej zawartość. Dalszy zabieg samego nabierania do strzykawki i wstrzykiwania choremu dożylnie również powinien odbywać się w możliwie najszybszem tempie, nigdy bowiem nie jesteśmy w możności określić, ile emanacji zostało przez płyn związane i ile zginie jej, jako gazu — „po drodze". W każdym razie w najlepszym przypadku należy liczyć na 10% straty.

Częstość wstrzykiwań zależy od tego, ile się posiada emanacji i jak często można ją mieć do dyspozycji. Normalnie, w Warszawie, stosowałem ją raz ewentualnie 2 razy na tydzień — o ile ma się jej więcej (jak np. podczas pobytu mego w Pradze Czeskiej) można ją dawać w odstępach 2-dniowych po 10—15 mc. Być może, większe dawki wymagałyby większej ostrożności. Odczyn polega niekiedy na podniesieniu ciepłoty, które zwykle szybko mija, wyjątkowo na dreszczach, które jednak w stanach posocznicowych są raczej zależne od czynników toksycznych (rozpad ciał bakteryjnych). Częściej samo wstrzyknięcie nie powoduje żadnych objawów, zaś samopoczucie chorego zawsze się poprawia. Ujemnych skutków dotychczas nie spostrzegaliśmy.

---

[4]) Rocznik Statystyki Rzeczypospolitej Polskiej za rok 1930. (Ogólna liczba chorych na dur brzuszny — 15.429).

[5]) Polska Gazeta Lekarska Nr. 43, 1925.

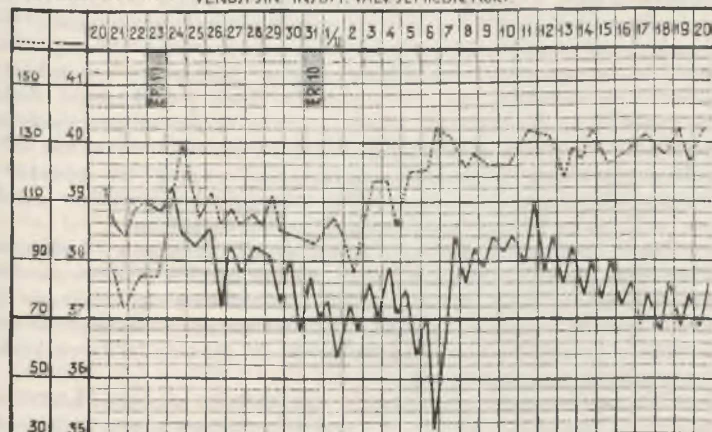
[6]) Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej T. IV. 1926.

[7]) Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 2. 1925.

[8]) Lekarz Wojskowy r. XI. T. 16. 1930.

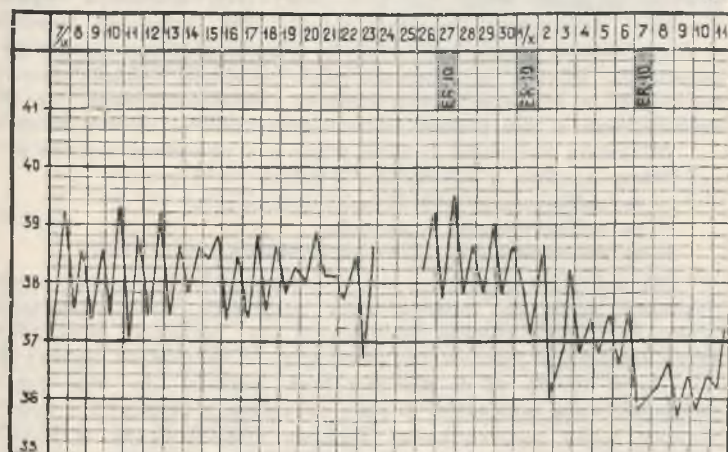
Zestawiając więc wszystkie przypadki (I serja — 10 przyp.) osiągnęliśmy wyniki następujące:

1 przypadek podostrego zapalenia wsierdzia na tle poanginowem, zakończony pomyślnie (rys. 1).;



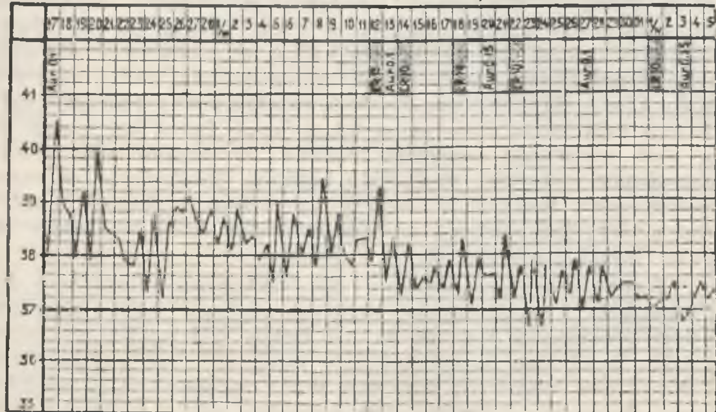
Rys. I.

1 przypadek zapalenia wsierdzia po zakażeniu paciorkowcem zieleniejącym po 9 dniowym okresie bezgorączkowym zakończył się nagłą śmiercią wskutek zbyt wielkiego wysiłku fizycznego (rys. 2);



Rys. 2.

1 przypadek prosówki płuc na tle najprawdopobniej gruźliczem, zakończony pomyślnie — wyzdrowieniem chorego (rys. 3);

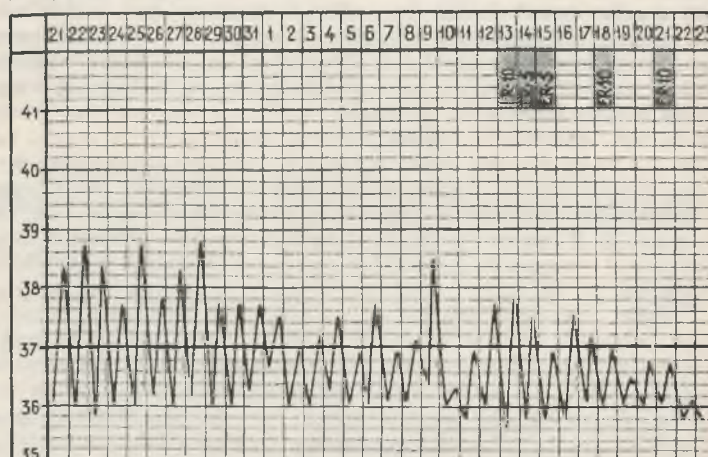


Rys. 3.

1 przypadek zakażenia wielkouśćcem jelitowym zakończony bardzo szybką poprawą podmiotową stanu chorego, oraz zniknięciem pasorzytów z dwunastnicy, względnie z pęcherzyka żółciowego;

1 przypadek zapalenia zakrzepowego żył lewej kończyny górnej i prawej kończyny dolnej na tle jakiegoś zakażenia pierwotnego — szybka i wyraźna poprawa w kończynie górnej, bardzo powoli postępująca poprawa kończyny dolnej;

1 przypadek reumatyzmu wielostawowego, bardzo uporczywego, z późniejszem umiejscowieniem się w kolanie prawej nogi, wedle wszelkiego prawdopodobieństwa na tle rzeżączkowem — spadek ciepłoty do normy i znaczne zmniejszenie bólów (rys. 4);

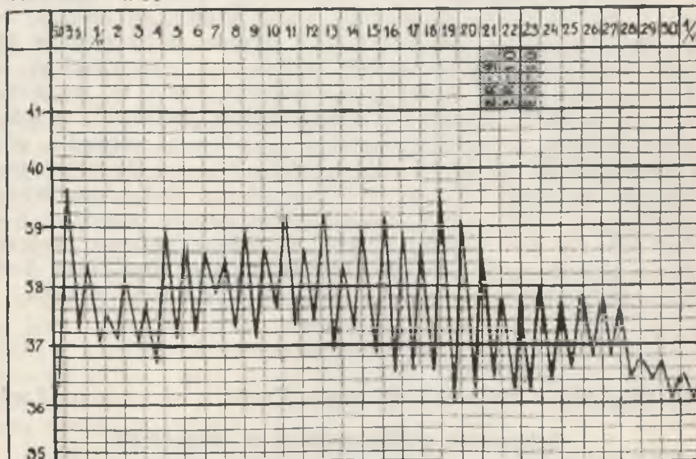


Rys. 4.

1 przypadek posocznicy w przebiegu kiły trzeciorzędowej na tle odleżyny — podmiotowo poprawa i przedmiotowo — spadek ciepłoty;

1 przypadek ropotoku usznego z wysoką ciepłotą w przebiegu nawrotu nieuleczalnego raka macicy (przerzut do ucha?) — po długotrwałej wyniszczającej gorączce, od wstrzykiwań emanacji, zupełne uspokojenie się objawów ze strony ucha, spadek ciepłoty — naturalnie, bez wpływu na przebieg sprawy nowotworowej, ostatecznie zakończonej zgonem;

1 przypadek długotrwałego, ropnego zapalenia przymacicza lewego — w 5 dni po skończeniu wstrzykiwań emanacji spadek ciepłoty do normy (rys. 5) — wreszcie



Rys. 5.

1 przypadek zajęcia licznych gruczołów chłonnych szyjnych i pachwinowych na tle gruźliczem, ze znacznem wyniszczeniem ustroju i daleko posuniętą niedokrwistością — bez poprawy.

Liczbowo mieliśmy zatem wyraźny wpływ dodatni na przebieg sprawy, wywołanej przez drobnoustroje, w 9 przypadkach; brak widocznego wpływu leczniczego — w 1 przypadku. Nie należy przytem zapominać, że zarówno w przypadkach o wyniku pomyślnym, jak i niepomyślnym wybierano chorych wyjątkowo ciężkich, u których zazwyczaj zawodziły wszelkie inne metody lecznicze. Wyjątek stanowiła chora, zakażona wielkouśćcem jelitowym, gdzie stan nie był ciężki, ale wiadomą jest rzeczą, jak właśnie tego rodzaju zakażenia stanowią uporczywe i przewlekłe cierpienie.

Te próby, przeprowadzone na szeregu chorych o różnorodnem zakażeniu, wskazują w ogólnych zarysach, że emanacja radowa może i powinna znaleźć zastosowanie praktyczne drogą

wstrzykiwań dożylnych — w jakim zakresie, czy sama przez się, czy w połączeniu z innemi środkami leczniczemi, zwłaszcza z koloidami metali selenu, srebra, złota i in.), które już same przez się wywierają często bardzo korzystny wpływ na przebieg zakażenia — tego tu, naturalnie, nie przesądzamy. Czy działa emanacja radowa tylko bakterjobójczo na drobnoustroje krążące lub umiejscowione w ustroju, czy też wywiera wpływ korzystny na organizm ludzki — tego również nie możemy jeszcze ustalić.

Pomijając dawniejsze spostrzeżenia, wspomniemy, że przed 5 laty Schwarz, Wachtel i Flaszen (z Krakowa)[9]) ogłosili wyniki swych badań (na oddziale Krokiewicza) o działaniu leczniczem podskórnych wstrzykiwań roztworu radu — autorzy otrzymali korzystnie wyniki w cierpieniach na tle wadliwej przemiany materji purynowej wszystkich typów, w ostrym przewlekłym gośćcu stawowym, w stanach ogólnego wyczerpania i przygnębienia, wreszcie w ostrem i przewlekłem zapaleniu nerek; natomiast nie spostrzegli wyżej wymienieni autorzy korzystnego wyniku leczniczego w przypadkach zapalenia pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych, niedomogi mięśnia sercowego i w cukrzycy. R. Fischer i H. Wohlers[10]) w 1927 stosowali emanację w 14 przypadkach ciężkich stanów septycznych z wynikiem dodatnim.

Dalej, wiemy z badań Vanysek'a, wykonanych przed 2 laty na klinice czeskiej w Pradze, że według tego autora wstrzykiwania podskórne emanacji radowej wywierają bardzo korzystne działanie lecznicze na szereg schorzeń wewnętrznych, mianowicie: w nerwicach układu wegetatywnego, w chorobie Graves-Basedowa, w gruźlicy (jamy), we wrzodach żołądka lub dwunastnicy, w stanach zapalnych trzustki, w cierpieniach, w których wskazane bywa utlenienie ustroju i pozbawienie jadów jak rak, niedokrwistość złośliwa i in., w mocznicy, *endarteriitis* kończyn i t. p. Nie jest więc wyłączone, że korzystne działanie stosowanych przez nas wstrzykiwań dożylnych wyraża się nietylko w bezpośredniem działaniu na drobnoustroje, ale i w pewnym — pośrednim, jednak dodatnim — wpływie na sam ustrój ludzki (na jego układ wegetatywny, zachowanie się koloidów osocza, jonów wodorowych i t. p.).

W każdym razie szczupły, jak dotychczas, zakres stosowania radu musi się wybitnie rozszerzyć: promienie alfa które dotychczas giną w olbrzymiej swej części bez żadnego zastosowania praktycznego, muszą być wyzyskane — stanowi to niesłychaną rozrzutność ludzkości, że 90-ciu% tego, co jej dała natura i geniusz ludzki, pozwala ulatniać się w powietrze, zamiast skrzętnie zbierać i stosować leczniczo.

Sprawę te raz jeszcze poruszymy zasadniczo na innem miejscu — tu jednak na zakończenie dodać należy, że chociaż spostrzeżenia nasze są nieliczne i mają jedynie cechy prób w kierunku zastosowania promieni alfa w dawkach masywnych do celów leczniczych (w dawkach minimalnych czyni to już natura w t. zw. wodach mineralnych, zawierających emanacje), to jednak mamy nadzieje, że zachęca one lekarzy, zwłaszcza zagranicą, gdzie o emanację jest bez porównania łatwiej, niż u nas, do sprawdzenia naszych wyników i — w razie wyraźnego dodatniego wyniku leczniczego — do stałego stosowania tej metody leczniczej. Chociaż napozór jest ona kosztowna, to jednak znaczne skrócenie okresu chorobowego w wielu cierpieniach musi zmniejszyć liczbę dni szpitalnych i w ten sposób raczej obniżyć koszty leczenia.

Dr. Stanisław LIEBHART, st. asyst. Kliniki. Lwów.

Schorzenia polihormonalne w ginekologji

Z Kliniki Położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

Pojęcie schorzeń polihormonalnych nie jest rzeczą nową, jako grupy schorzeń, mających swe źródło w nadmiernej czynności wydzielniczej pewnych gruczołów wkrewnych. W pracy niniejszej idzie nam atoli o zupełne inne podejście do powyższego tematu, z uwagi na uzyskanie nowych metod badania biologicznego na zawartość hormonów płciowych kobiety. Od czasu bowiem, kiedy możemy prawie z matematyczną ścisłością oznaczać ilości hormonów płciowych w moczu i we krwi, zapatrywania nasze na przyczyny pewnych objawów czy też schorzeń w ginekologji uległy zmianom zasadniczym.

Jak wiadomo, macica objawia swoje przemiany cykliczne — z punktu widzenia patologicznego — albo nadmiernemi krwawieniami o najrozmaitszym typie, lub też brakiem miesiączkowania. Obydwa objawy są równie niepokojące, obydwa są świadectwem jakichś nieprawidłowości w zakresie narządu rodnego lub czynności gruczołów płciowych. Wykrycie etiologji tych schorzeń przed erą metod biologicznego badania były kwestją przypuszczeń, klinicznej obserwacji, a właściwie głównie wywiadów. Twierdzono szablonowo, że krwawienia z macicy są wynikiem hiperfunkcji jajników, a brak miesiączkowania ich niedomogi. Zgodnie z tym schematem stosowano odpowiednią terapię. Obecnie wiemy już niezbicie, że zarówno brak miesiączkowania, jak i nadmierne krwawienie mogą mieć to samo źródło. Wiemy również, że w pewnych postaciach braku miesiączki spotykamy wbrew oczekiwaniu nie zmniejszenie, lecz zwiększenie ilości folikuliny i że wreszcie w pewnych fazach okresu przekwitania mamy do czynienia z wyraźnie zwiększonem wytwarzaniem folikuliny i prolanu. Wszystkie zaburzenia, mające za podstawę zwiększone wydzielanie gruczołów wkrewnych nazywamy zgodnie z Zondekiem schorzeniami polihormonalnemi.

Niedostateczna znajomość powyższych procesów biologicznych była dawniej źródłem wielu nieporozumień i niezrozumień. Wydawało się n. p. rzecza zupełnie niezrozumiałą, dlaczego tą sama metoda lecznicza można było wyleczyć u jednych krwawienia, u innych brak miesiączkowania. W tej dziedzinie praktyka wyprzedziła znacznie teorję.

Dla wyjaśnienia powyższego zagadnienia przeprowadziliśmy w klinice lwowskiej w całym szeregu schorzeń ginekologicznych biologiczne badania moczu na zawartość hormonów płciowych. Posługiwaliśmy się, w tym celu metodą dwojaką t. j. wstrzykiwaniem pewnych ilości zwykłego moczu myszkom białym, jak w próbie ciążowej Aschheima-Zondeka i nadto moczu zagęszczonego pięciokrotnie, a nawet więcej, zapomoca metody alkoholowego lub eterowego strącania. Jak wiadomo, z tak dużemi ilościami folikuliny czy też prolanu, które mogą być wykryte w moczu niestężonym, mamy do czynienia tylko w ciąży, a nadto w pewnych fazach okresu przekwitania, czasem nawet w nowotworach złośliwych (prolan). Wszystkie inne ilości tych hormonów, nawet znacznie zwiększone, poniżej jednak 333 jednostek mysich w litrze moczu, mogą być wykryte tylko zapomoca metody zagęszczania. Użycie tej metody daje możność dokładniejszego wniknięcia w etiologię wielu schorzeń ginekologicznych na tle hormonalnem, a tem samem zastosowania bardziej celowej terapji.

Wszystkie przypadki badane przez nas powyższa metodą podzieliliśmy zgodnie z schematem Zondeka na 3 grupy:

1) na polihormonalny brak miesiączkowania,
2) na polihormonalne krawienia,
3) na polihormonalny okres przekwitania.

Dla zobrazowania grupy pierwszej pozwolę sobie przytoczyć dokładnie przez nas obserwowany przypadek polihormonalnego braku miesiaczki, prawie analogiczny do opisanego przypadku przez Zondeka w jego ostatniej monografji o hormonach płciowych.

Chora lat 29, od 6 miesiecy brak perjodu, do tego czasu miesiaczkowała regularnie. Została przysłana z prowincji z podejrzeniem ciaży pozamacicznej. Badanie ginekologiczne wykazało nieznaczne zasinienie błony śluzowej pochwy, macice nieco powiększoną, miekka, po stronie lewej guz wielkości pomarańczy konsystencji ciastowatej. Opadanie krwinek w granicach prawidłowych, obraz cytologiczny krwi wykazuje dość znaczna mono- i limfocytozę, nadto eozynofilię. Próba Aschheima-Zondeka, wykonana ze wzgledu na wspomniane już podejrzenie na ciażę pozamaciczna, dała wynik ujemny. Natomiast próba z moczem stężonym dała wyniki dodatni: stwierdzono mianowicie jedną jednostkę mysią folikuliny w 6 cm³ moczu, co sie równa kilkunastokrotnej nadprodukcji folikuliny w porównaniu do wartości prawidłowych Wobec powyższego wyniku badań diagnoza braku miesiaczki polihormonalnej była zupełnie pewna. Pacjentka była leczona dotychczas preparatami jajnikowemi. Jasna jest rzecza, że w tych warunkach powyższe leczenie pogarszało tylko obraz chorobowy, potęgując zawartość hormonu jajnikowego w organizmie, już i tak tym hormonem przeciażonym Radzono zabieg operacyjny, jako jedynie w tym wypadku celowe leczenie na który jednak pacientka sie nie zgodziła.

Wobec tego przystapiliśmy do wykonania ciekawego doświadczenia z podawaniem pacjentce dużych ilości folikuliny, celem przekonania się, jak na nie będzie oddziaływał organizm i jakie ilości tego hormonu będzie zawierał mocz podczas tych doświadczeń. Wykonana ponownie próba zagęszczenia po 10-dniowem stosowaniu folikuliny 100 jednostek mysich dziennie, wykazała zwiekszenie ilości folikuliny w moczu. Doświadczenie to dowodzi niezbicie, że organizm jest nastawiony tylko na pewne ilości produkowanego hormonu wszelkie natomiast nadwyżki wydziela pośpiesznie droga moczu. Poucza nas ono również o tem, co również podkreśla Zondek przy sposobności ustalania dawek prolanu, że podawanie większych dawek poza pewną granicę jest właściwie zupełnie bezcelowe, gdyż organizm po-

---

[9]) Polska Gazeta Lekarska T. V. Z. 12. 1926 r.
[10]) Bull. de l'Acad. de Médec. N. 19. 1927.

zbywa się ich w wyżej opisany sposób. Przypadków analogicznych z grupy pierwszej mieliśmy ogółem 4. Wyników terapeutycznych nie przytaczamy z umysłu, aby uniknąć przeładowania kazuistyką.

Przypadków z grupy drugiej t. zn. krwawień o podłożu polihormonalnem jest oczywiście znacznie więcej. W grupiej tej mieliśmy 3 przypadki krwawień juwenilnych, w których poza hiperfolikulinozą stwierdziliśmy w dwóch przypadkach hiperprolanozę i hipertyreozę. Zastosowano w tych dwóch ostatnich naświetlanie przysadki i tarczycy słabemi dawkami promieni Roentgena, nadto wstrzykiwanie luteiny we wszystkich trzech przypadkach. W dwóch innych przypadkach krwawień, w których również wykryto zwiększoną ilość folikuliny w moczu, stwierdzono ponadto badaniem wewnętrznem jednostronnie powiększone jajniki. Zgodnie z receptą Z o n d e k a wykonaliśmy u nich zgniecenie tych jajników w palcach w lekkiem zamroczeniu eterem. W jednym z tych przypadków krwawienie ustało bez uciekania się do jakiegokolwiek innego leczenia. Jest rzeczą niezupełnie jasną, na czem polega efekt leczniczy po zgnieceniu jajnika. Wydaje się nam — zgodnie z zapatrywaniem Z o n d e k a — że idzie tu o utrzymujące się pęcherzyki jajnika *(folliculi persistentes)* i że przez zgniecenie ich ustaje względnie maleje produkcja folikuliny. W innych przypadkach stosowaliśmy luteinę pod postacią leteoganu, wyrabianego przez firmę H e n n i n g we Lwowie, z niezłym przeważnie wynikiem.

Chcielibyśmy na tem miejscu zwrócić uwagę na to, że po sfrakcjonowaniu hormonów płciowych w ostatnich czasach — leczenie oddzielnemi hormonami lub ich kombinacjami nie jest bez znaczenia dla efektu leczniczego. Wskazanemby było — naszem zdaniem — sporządzenie takiego preparatu, któryby zawierał w sobie i folikulinę i luteinę w odpowiednich ilościach, jako że właśnie harmonijne współdziałanie tych hormonów jest podstawą fizjologicznego cyklu miesiączkowego. Z naszej inicjatywy przystąpiła firma H e n n i n g we Lwowie do prób nad sporządzeniem takiego preparatu. Sama bowiem folikulina nie jest identyczną z hormonem jajnikowym w pełnem tego słowa znaczeniu.

Nieco bardziej skomplikowane przedstawiają się hormonalnie przypadki grupy trzeciej t. j. okresu przekwitania. Z o n d e k rozróżnia pod względem formuły inkretologicznej trzy stadja tego okresu, a to:

1) Stadjum z hiperprodukcją folikuliny,

2) Stadjum z gwałtownem zmniejszeniem wydzielania folikuliny,

3) Stadjum hiperprodukcji prolanu.

Nasze doświadczenia wykazały istotnie u pewnej grupy kobiet specjalnie w stadjum wczesnych krwawień klimakterycznych nadprodukcję folikuliny, która tylko zwolna zmniejszała się i ustępywała okresowi prawie zupełnego braku tego hormonu, wskutek wygaśnięcia czynności jajników. Między stadjum drugiem a trzeciem nie mogliśmy nigdy wykazać ścisłej co do czasu linji demarkacyjnej. W związku bowiem z wygaśnięciem czynności jajników następuje równocześnie lub też prawie równocześnie wyrównawcze nadmierne wydzielanie prolanu. Należy również podkreślić tę okoliczność, że po operacyjnem usunięciu jajników hiperprolanoza występuje ostro, podczas gdy w fizjologicznym przebiegu przekwitania narasta ona stopniowo w miarę zamierania czynności jajnika.

Oznaczanie ilościowe hormonów płciowych, zawartych w moczu i krwi ma doniosłe znaczenie dla wyboru terapji. Uważamy za rzecz niezwykle ważną i zasadniczą ustalenie ilości hormonów, zawartych w prawidłowo funkcjonującym organiźmie, nadto stwierdzenie w każdym przypadku, czy mamy do czynienia z nadmiernem wydzielaniem, czy też z niedomogą danego gruczołu. Przykład kazuistyczny, przytoczony na początku niniejszej pracy, dokładnie ilustruje powyższą tezę.

Przy sposobności pragnę w kilku słowach przypomnieć pewien typ zaburzeń ginekologicznych, nawet stosunkowo często się powtarzający. Mam tu na myśli przypadki naprzemiennych obfitych krwawień z przechodzeniem w kilkumiesięczny brak miesiączki. W przypadkach tych mamy do czynienia prawie z reguły z nadprodukcją hormonu w jajnikach, nawet podczas zupełnego braku miesiączkowania. Idzie tu niewątpliwie o bardzo skomplikowany mechanizm działania poszczególnych hormonów jajnika na narząd rodny. Stosowanie w takich przypadkach preparatów jajnikowych jest z założenia fałszywe.

Dla końcowego efektu terapeutycznego ważnem jest również ustalenie optymalnego czasu do stosowania hormonalnej terapji, a nadto dobór odpowiednich preparatów. Co do wyboru czasu stosowania preparatów przychodzi nam z pomocą ilościowe oznaczanie hormonów. Wiadomo bowiem, że największa ilość hormonów we krwi znajduje się w kilku ostatnich dniach przed wystąpieniem miesiączkowania. Jasnem więc jest, że stosowanie właśnie w tym czasokresie energicznej terapji hormonalnej w przypadkach niedomogi byłoby najskuteczniejsze.

Trzeciem ważnem zagadnieniem w tej kwestji jest wybór odpowiednich, naprawdę czynnych preparatów hormonalnych. I znowu do pomocy bierzemy znane już metody badania biologicznego i możemy z łatwością i całkowitą pewnością ustalić jakość pewnego preparatu. Klinika lwowska zdąża uparcie w tym kierunku, eliminując doświadczalnie preparaty mniej — lub bezwartościowe, a wyniki tych badań po ich zupełnem wyczerpaniu poda do publicznej wiadomości.

Wielką część naszych doświadczeń wykonaliśmy w pracowni firmy Henning we Lwowie, od której otrzymaliśmy również do naszych badań szereg preparatów w dowolnej ilości, za co na tem miejscu wyrażamy jej podziękowanie.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Zdzisław MAURER, st. sekund. szpit. pow. Rzeszów.

O szybkiem rozszerzaniu szyjki macicy metodą „Bossi-Frommer" w praktyce prywatnej [1]).

(Z oddziału położniczego Szpitala powszechnego w Rzeszowie).

Nierzadko zdarza się w praktyce, że okoliczności zmuszają lekarza do szybkiego, względnie natychmiastowego ukończenia porodu przy zamkniętej lub częściowo otwartej szyjce macicy, lub do opróżnienia ciężarnej macicy w jednym z późniejszych miesięcy ciąży, od IV-go miesiąca w górę.

Lekarz ma do wyboru dwie drogi: bezkrwawą i krwawą, — rozszerzenie szyjki na tępo lub jej rozcięcie.

Klinicyści są zwolennikami metod krwawych *(hysterotomia ant., sectio vaginalis Duihrsen)* a w specjalnych przypadkach posługują się cięciem cesarskiem brzusznem.

Praktyk natomiast staje bezradny, gdy nie może wysłać swej chorej do kliniki lub szpitala z jakiegokolwiek powodu, czy przez jej samej lub jej rodziny upór, czy przez bardzo ciężki stan zdrowia wykluczający transport chorej do lecznicy. Drogę krwawą ma przed sobą zamkniętą.... I słusznie.... Metody krwawego rozszerzania szyjki macicy są bowiem wielkiemi zabiegami chirurgicznemi, które wymagają odpowiedniego wyrobienia się ginekologicznego lekarza zwłaszcza w zakresie operacyj pochwowych i wyszkolonej asysty, sali operacyjnej, dobrego oświetlenia, stołu, instrumentarjum i t. d., by istniała gwarancja powodzenia operacji.

Praktyk staje bezradny, bo nie widzi drogi przed sobą, bo metody bezkrwawego otwarcia na tępo szyjki macicznej, o których słyszał na wykładach, o których czytał w podręcznikach i które mu zalecano *ex catedra* t. j. rozszerzanie Hegarami, laminarją, balonem, rozszerzanie ciałem płodu lub ręczne, — a z pośród których mógłby wybierać w swej praktyce, — nie mają żadnej praktycznej wartości tam, gdzie chodzi o pośpiech. Nie ma odwagi zdecydować się na rozszerzenie szyjki macicy sposobem Bossi'ego, bo kliniki nie uznają tego sposobu a wszystko, co słyszał i czego się uczył o B o s s i 'm, było jego potępieniem.

G. W i n t e r, O. P o l a n o, R. F r e u n d i wielu innych odrzucają zasadniczo metodę B o s s i 'ego rozszerzania szyjki macicznej jako niebezpieczną, przy której powstają często nieraz bardzo głębokie, sięgające w sklepienia pochwowe a nawet do przymacicz pęknięcia szyjki i przy której nieprawidłowości w odejściu popłodu mają być częstemi z powodu niedowładu macicy, spowodowanego samą metodą (G. W i n t e r).

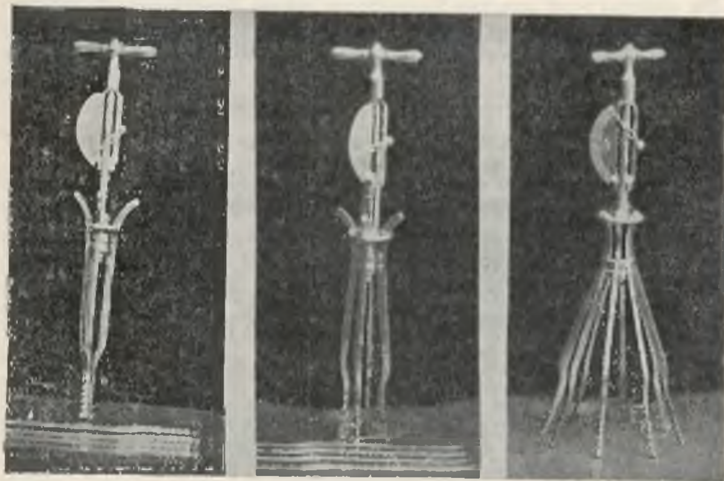
Pęknięcia szyjki macicy zdarzają się również przy użyciu Hegarów, balonów, przy rozszerzaniu ręcznem lub ciałem płodu, lecz te pęknięcia kładzie się na karb nie metody jako metody, lecz gwałtownego, forsownego ich stosowania lub właściwości nabytych albo wrodzonych ścian macicy, usposabiających do pęknięć. I nie dyskredytuje się tych metod dla ich wielkich, niezaprzeczonych wartości, wobec których bledną ich ujemne strony.

Mimowoli jednak rodzi się wątpliwość, czy i dla ujemnych stron metody B o s s i 'ego nie możnaby wyszukać tej samej przyczyny, tkwiącej w nieostrożnem i brutalnem jej stosowaniu. G. W i n t e r podnosi z naciskiem, że dylatator Bossi'ego rozwija przy swojem użyciu siłę dynamiczną... wielką... Tem większej delikatności należałoby tylko wymagać przy jego stosowaniu, gdy wszystko inne przemawia na korzyść tej metody. W i n t e r i inni odrzucają metodę Bossi'ego jako taką, a więc i oryginalną przy pomocy oryginalnego dylatatora Bossi'ego, i zmodyfikowaną przy pomocy dylatatorów pokrewnych, więcejramiennych.

[1]) Treść powyższego artykułu, wobec dzisiejszych prądów w położnictwie, nadaje się do dyskusji. *Red.*

Z wyżej wyłuszczonych motywów podjąłem w r. 1920-ym w tutejszym szpitalu próby z ośmioramiennem rozszerzadłem Frommera na szeroką skalę w przypadkach wymagających natychmiastowego ukończenia porodu przy zamkniętej częściowo lub w całości szyjce lub natychmiastowego przerwania ciąży od IV-go jej miesiąca w górę. Wybrałem dylatator maciczny Frommera dlatego, że obiecywał mi swoją konstrukcją największą ochronę części miękkich, które miałem rozszerzać, rozciągać.

Zamieszczone fotografje reprodukują instrument złożony i instrument częściowo i zupełnie otwarty, który nazwałem dla krótkości z powodu podobieństwa do parasola w stanie jego rozwarcia: parasolem Frommera. Przyrząd Frommera jest śrubowem rozszerzadłem macicznem, wykonanem przez firmę: Louis et Loewenstein — Berlin. Nr. patentu 48., bardzo pomysłowem i wygodnem, bo prostem w użyciu. Jego długość wynosi 34 cm, waga 710 g.



Ryc. I.

Składa się z trzech części zasadniczych: 1) z skrętowej śruby umieszczonej wewnątrz rękojeści a obracanej przez obroty rączki, z którą pozostaje w stałym związku,

2) z ośmiu metalowych prętów o kształcie zbliżonym do litery S, długich 20 cm, które, oddalając się na zewnątrz od długiej osi przyrządu przez obroty rączką przyrządu na prawą stronę, rozszerzają szyjkę,

3) z tarczy środkowej, połączonej z jednej strony stale ze śrubą, z drugiej luźno z wiązką wyżej wspomnianych prętów, a będącej przenośnią siły dynamicznej z śruby na ramiona parasola.

W bliższy opis niema potrzeby się wdawać. Instrument mówi sam za siebie. Trzeba tylko zwrócić uwagę na to, co wyróżnia go z pośród innych podobnych, na tej samej zasadzie zbudowanych instrumentów. Na rękojeści parasola Frommera znajduje się tarcza ze skalą od 1 do 12 i wskazówką zegarową przesuwającą się stopniowo w prawo lub lewo w miarę obrotów rączki w jednym lub drugim kierunku. Przyrząd jest tak precyzyjnie zbudowany, a podziałka skalibrowaną, że każdy przesunięty na podziałce numer wskazówki odpowiada ściśle 1-mu cm średnicy rozszerzenia. Jeżeli wskazówka na skali wskazuje 7, średnica rozszerzenia wynosi na pewne 7 cm. Orjentuje to lekarza o stopniu potrzebnego rozszerzenia szyjki macicy, jakie chciał w danym przypadku osiągnąć.

Obwody uzyskanego rozszerzenia można łatwo obliczyć według znanego wzoru: $O = 2 r \pi$. Obwody te wynoszą:

przy Nr. 5	podziałki	15.70 cm
Nr. 6		18.84 cm
Nr. 7		21.98 cm
Nr. 8		25.12 cm
Nr. 9		28.26 cm
Nr. 10		31.40 cm
Nr. 11		34.54 cm
Nr. 12		37.68 cm

Na przesunięcie się wskazówki o jeden numer a więc na rozwarcie się prętów o jeden cm w średnicy, potrzeba 2—2.5 pełnych obrotów rączki.

Zasada działania przy dylatatorze Frommer'a jest ta sama, co w Bossi'm. Modyfikacja i ulepszenie tkwi w zmniejszonem niebezpieczeństwie obrażeń przez wprowadzenie ośmiu elastycznych prętów w miejsce czterech Bossi'ego i wprowadzenie aparatu kontrolnego dla stopnia rozszerzenia.

Technika użycia jest prostą. Uśpienie jest pożądane, ale niekonieczne. Ciężkie choroby mięśnia sercowego, płuc lub wątroby wykluczają narkozę ogólną. Użycie dylatatora Frommer'a podobnie jak balonu musi poprzedzić rozszerzenie szyjki macicy Hegarami do Nr. 15-go. Należy pracować o ile możności aseptycznie w odkażonem polu operacyjnem, czystemi, wygotowanemi narzędziami. Łatwo zrozumiałem będzie również, że lekarz musi przygotować sobie przed rozpoczęciem operacji wyjałowione kompletne instrumentarjum potrzebne mu nietylko do samego rozwarcia szyjki (łyżki pochwowe, kulociągi, Hegary od Nr. 1 do 15 i parasol Frommer'a), lecz także do późniejszego opróżnienia macicy czy rozwiązania (wielkie łyżki maciczne, duże kleszczyki Wintera, kleszcze porodowe, narzędzia do wymóżdżenia), jak i do ewentualnego założenia szwów na przypadkowe pęknięcia szyjki, pochwy lub krocza (igły odpowiedniej wielkości i z odpowiedniem zagięciem w dostatecznym wyborze, imadła, pincety). Wszystko powinno być gotowe, by nie tracić czasu na późniejsze szukanie i dogotowywanie zapomnianych przyrządów. To samo odnosi się do jałowego materjału do szycia, najlepiej katgutu, i środków opatrunkowych a w szczególności odkażonej gazy w dostatecznej ilości. Przy zabiegu bez uśpienia wystarcza pojedyncza asysta nawet położna. Do narkozy trwającej około 1-ej godziny potrzebnym jest bezwarunkowo lekarz.

Osobista czystość operującego i asysty jest gwarancją bezgorączkowego przebiegu pooperacyjnego. Dlatego lekarz i asysta powinni pracować w wyjałowionych rękawiczkach gumowych.

Srom chorej należy obmyć dokładnie mydłem, opłukując go słabym roztworem sublimatu i przepłukać lisolem lub sublimatem pochwę, którą wyciera się dodatkowo wraz z częścią pochwową macicy tuż przed operacją gazikami napojonemi alkoholem.

Następnie wsuwa się zupełnie zamknięty parasol Frommer'a przez rozszerzoną poprzednio Hegarami i pewnie ustaloną kulociągiem do przodu szyjkę poza ujście wewnętrzne macicy, póki łukowo na zewnątrz odgięte jego pręty nie oprą się szczelnie o zewnętrzne ujście części pochwowej. Dokonując następnie obrotów rączką, od lewej na prawą stronę, rozszerzamy powoli stopniowo szyjkę, wśród stałej kontroli skali na parasolu i oporów ze strony szyjki. Rozszerzanie wymaga cierpliwości i nadzwyczajnego spokoju. Każde zniecierpliwienie, pociągając za sobą chęć gwałtownego pokonania przeszkody, może zemścić się i sprowadzić pęknięcie szyjki. Kto nie ma anielskiej cierpliwości, powinien *a priori* odstąpić od tego zabiegu, bo musi spotkać go zawód i przykra niespodzianka.

Brak cierpliwości zdyskredytował właśnie metodę Bossi'ego.

Wobec napotkanego oporu trzeba czekać, trzeba obrotem korbki w lewo zmniejszyć rozpięcie prętów, by dać wytchnienie zmęczonemu mięśniowi i przyzwyczajać go, wtrenowywać w ten sposób do coraz silniejszego rozciągania. Opór ustępuje sam z siebie, bo szyjka wiotczeje i wtedy przesunięcie dalsze korbki a z nią śruby rozwierającej pręty będzie możliwem i łatwem. Od czasu do czasu powinno się również zmieniać położenie zamkniętego parasola dokonując nim jako całością zwrotu w szyjce w prawo lub na lewo i znowu rozszerzać. Ma to na celu poddanie co pewien czas nowych partyj szyjki pod działanie ucisku prętów rozszerzadła, — ma to na celu jej ochronę przed odleżynami i niepożądanemi wgniotami ze strony prętów. Napotykane opory będą raz większe, to mniejsze. Im większym będzie opór, tem większemi muszą być spokój i cierpliwość lekarza. Każdy, choćby największy opór ze strony anatomicznie prawidłowej szyjki da się przezwyciężyć cierpliwością, postępując w myśl poprzednio podanych wskazówek. Z postępem ciąży maleją opory ze strony szyjki. Zazwyczaj również z postępującem rozszerzaniem się szyjki stają się mniejszemi opory. Wieloródki i pierwiastki nie okazują w tym kierunku rażącej różnicy. Trudności mniejsze lub większe zależą przy prawidłowych macicach od indywidualnej wrodzonej podatności ścian szyjki.

Narkoza ogólna ułatwia bardzo dylatację, paraliżując spastyczny skurcz w obrębie ujścia wewnętrznego szyjki, będący w 3/4 powodem oporów przeciwwstawiających się zabiegowi.

W przypadkach zbliznowaceń szyjki nie nadaje się ta metoda do jej rozszerzania, bo pęknięcia głębokie, niebezpieczne zwłaszcza przy pracy w domu prywatnym, są nieuniknione. Terenem dla parasola Frommer'a mogą być tylko macice zdrowe, o normalnych w przybliżeniu przynajmniej ścianach szyjki.

Czas potrzebny do pożądanego rozszerzenia waha się między 1/2 a 1 godziną. Jest to czas rekordowy, nie osiągalny przez żadną z innych metod rozszerzania szyjki na tępo. Balon sprowadza zupełne otwarcie ujścia zewnętrznego najwcześniej po sześciu godzinach i to przy dobrej rozciągliwości szyjki, — coś podobnego rozszerzanie ciałem płodu. Laminarja i Hegary nie wchodzą w tych przypadkach pod rozwagę. Rozszerzanie ręczne można tylko wy-

jątkowo stosować wśród wyjątkowo korzystnych warunków I-go okresu porodowego dla tej metody.

Podobnie jak przy każdej innej metodzie rozszerzania szyjki na tępo, lekarz powinien liczyć się z tem, że po wyjęciu parasola Frommer'a skurczy się szyjka z powrotem przynajmniej o 1 cm w średnicy i dlatego rozszerzać ją o jeden numer skali więcej, aniżeli w istocie byłoby mu to potrzebnem.

Lekarz widzi więc, że ta jedna jedyna metoda Bossi'ego, odebrana mu i potępiona przez klinicystów, pozostaje do jego dyspozycji jako zabieg nadający się do praktyki prywatnej, naprawdę dobry, mogący jemu i chorej przynieść w wielu przypadkach tylko korzyści. Trzeba tylko badać sumiennie, poważnie traktować wskazania i z gołębią cierpliwością pracować, a wyniki muszą być dobre w ramach zależnych od człowieka. Niespodzianki niezawinione trafiają się zawsze nawet światowej sławy ginekologom. Te jednakże nie mogą zniechęcać nikogo, bo inaczej przestałoby się robić cośkolwiek. Metoda Bossi'ego dylatatorem Frommer'a nadaje się bardzo dobrze dla każdego lekarza praktyka, dla jego praktyki w domu prywatnym. Ta metoda wypełnia zupełnie lukę powstałą w niezrozumiały dla mnie sposób między domem prywatnym a kliniką, której lekarz praktyk nie umiał, nie chciał, czy nie mógł w wielu wypadkach wypełnić.

G. Winter uważa wyniki osiągnięte metodą Bossi'ego za „pozorne, będące wynikiem mniejszych czy większych pęknięć szyjki".

We wszystkich moich 68 przypadkach badałem skrupulatnie ręką macicę po jej opróżnieniu i nie stwierdziłem nigdy poważniejszych obrażeń szyjki, któreby zmusiły mnie choćby do szycia. A przecież ilość tych przypadków jest sporą a warunki, wśród których przyszło mi pracować, były ciężkie, często prawie beznadziejne.

Rozszerzyłem szyjkę:

2 razy z następowem wymóżdżeniem przy przeciąganiu się 1-go okresu porodowego, częściowo rozwiniętej szyjce, zamkniętem ujściu zewnętrznem, stojącym pęcherzu i wpartej główce z powodu rozpaczliwej niedomogi sercowej, grożącej katastrofą, opierającej się wszelkiemu leczeniu,

8 razy z tego samego powodu w ciąży (4 w V-ym, 1 w VI-ym m., 2 w VII m., 1 w VIII-ym m.) z obrotem na nóżkę i wymóżdżeniem w trzech ostatnich przypadkach,

4 razy z powodu zapalenia nerek z amaurozą i grożącą mocznica (2 w VII m., 2 w VIII m.) z obrotem i wymóżdżeniem,

1 raz przy chorobie Basedowa z powodu wskazań ze strony serca w IX m. z obrotem i ekstrakcją żywego dziecka,

4 razy z powodu krwotoku prawie śmiertelnego przez przodujące łożysko z chwilą rozpoczęcia się porodu (rozszerzenie szyjki do Nr. 7-go, Braxton-Hix i dalsze rozszerzanie ciałem płodu).

10 razy z powodu *placenta praevia* z ciężkiemi krwotokami (3 w V m. z natychmiastowem opróżnieniem macicy, — 2 w VI m., 4 w VII m., 1 w VIII m., z Braxtonem — Hixem w ostatnich wypadkach).

1 raz z powodu *status epilepticus*, trwającego trzy dni w VI-m m., z natychmiastowem opróżnieniem macicy obrotem,

5 razy z powodu przedwczesnego odklejenia się łożyska z gwałtownym krwotokiem (z tego 3 razy w pierwszym okresie porodu, 1 raz w VI-ym m., 1 raz w VIII m.).

16 razy przy rzucawce porodowej (2 razy w I okresie porodowym z bólami, z dobyciem drogą obrotu w obu przypadkach dzieci żywych, — 2 razy w VI m., 6 razy w VII m., 5 razy w VIII m., z dwoma dziećmi żywemi i 1 raz w IX m. z dzieckiem żywem).

9 razy przy zaśniadzie groniastym (3 w VI m., 4 w IV m., 2 w V m.). Rozszerzenie szyjki było w tych przypadkach bardzo łatwe. Ręczne wydobycie zaśniadów.

5 razy przy *hyperemesis gravidarum* (3 w IV m., 2 w V m.) z chwilą wystąpienia ogólnych objawów zatrucia i pojawienia się bilirubiny w moczu z natychmiastowem opróżnieniem macicy.

2 razy z powodu ciężkiej *chorea gravidarum* u pierwiastek (1 raz w IV m., 1 raz w V m.).

1 raz z powodu *toxicodermia gravidarum* w V m. z ciężkiemi objawami ze strony serca i upadkiem sił.

Ani jedna chora nie umarła z powodu operacji lub następstw pooperacyjnych. Dwie, które zmarły w kilka dni po zabiegu, padły ofiarą mocznicy, dla której wykonano zabieg. Przebieg pooperacyjny we wszystkich przypadkach był prawidłowy. Jest to zrozumiałem, bo przy zastosowanej metodzie Bossi-Frommer operuje się szybko przyrządem metalowym, wyjałowionym, zmniejszającym niebezpieczeństwo zakażeń do minimum (H. Guggisberg) w przeciwieństwie do laminarji, do balonów. W trzech przypadkach zaśniadu groniastego wystąpiły przemijające, niewyjaśnione stany podgorączkowe.

Ogólny bilans przedstawia się dla matki: w śmiertelności 0%, w chorobliwości 0% (4.4%).

Los dzieci był pożałowania godny wobec tego, że operowałem z powodu niebezpieczeństwa zagrażającego bezpośrednio życiu matki, pod przymusem ukończenia porodu w sposób jak najszybszy i największej oszczędzający matkę bez względu na dziecko. (obrót z następowem wymóżdżeniem). I tak dało się uratować na 17 porodów obrotem z ekstrakcją pięć dzieci (29.40%).

Jak długo nie da się praktykowi innej metody przystępnej dla niego w jego praktyce prywatnej, metody zupełnie bezpiecznej, nie skrywającej w sobie żadnej ujemnej strony, metoda Bossi'ego w modyfikacji Frommer'a jest jedyną, którą powinien praktyk zastosować tem więcej, że jest dobrą i nie da się zastąpić żadną ze znanych, a podanych dla tępego rozszerzania szyjki macicy tam, gdzie chodzi o pośpiech.

G. Winter i H. Guggisberg potępiając stanowczo metodę Bossi'ego godzą się a nawet zalecają ją tam, gdzie z końcem pierwszego okresu porodowego szyjka jest rozszerzoną, a ujście zewnętrzne, otwarte przynajmniej na dwa palce, stanowi przeszkodę porodową. Właśnie w tych przypadkach może zrezygnować lekarz z Bossi'ego i zrobić nacięcia części pochwowej pojedyncze lub wielokrotne nawet w domu prywatnym.

Szymon TENENBAUM. Piotrków.

Dwa przypadki prawdziwej gorączki kiłowej.

(Febris luica visceralis).

Z oddziału wewnętrznego Lecznicy Powiatowej Kasy chorych w Piotrkowie.

Ordynator: Dr. med. Szymon Tenenbaum.

W przewlekłych stanach podgorączkowych zwykliśmy podejrzewać gruźlicę utajoną, gruźlicze schorzenie gruczołów wnękowych, przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych, woreczka żółciowego, wyrostka robaczkowego, stany posocznicze najrozmaitszego pochodzenia, rzadko jednak kiłę. Twierdzenie starych autorów: *„morbus gallicus est morbus absque febre"* — było przez dłuższy czas powtarzane i dlatego może przy różniczkowaniu nie myślimy o kile. Fournier, wybitny syfilidolog francuski, w pracy „Nauka o kile" poświęca tej sprawie dział — „Gorączka kiłowa". F. mówi o gorączce symptomatycznej i prawdziwej.

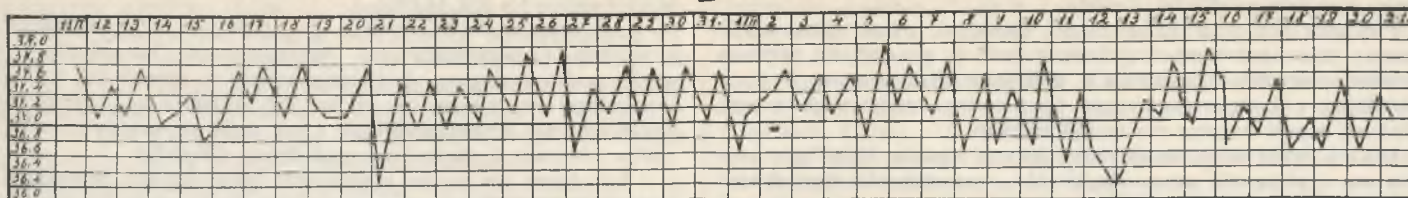
Pierwsza w okresie wysypkowym i w schorzeniach zapalnych narządów wewnętrznych, druga — ma charakter zakażenia ogólnego (wywołanego krętkiem bladym lub jego toksynami).

Prawdziwą gorączkę kiłową spostrzegamy często wśród kobiet; bardzo rzadko wśród mężczyzn. Przeważa wiek młody 16—20 lat. Rozpoznawaną jest ona częściej w szpitalach, niż w praktyce prywatnej. Fournier mówi o setkach przypadków notowanych przez niego w szpitalu; nie powyżej trzydziestu z praktyki prywatnej.

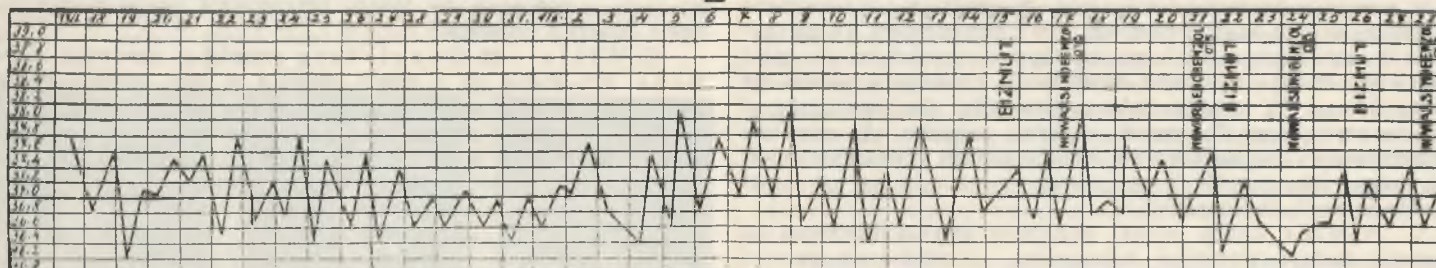
Wszystkie typy gorączek nam znane mogą być spostrzegane w kile (Łuria). Gorączka trwa od kilku tygodni do kilku miesięcy, a ustępuje po zastosowaniu leczenia swoistego. W prawdziwej gorączce kiłowej nie widzimy tego wychudzenia, jakie spostrzegamy w przebiegu innych przewlekłych chorób gorączkowych; co wyraźnie było zaznaczone w moim I i II przypadku. Imhof-Bion i Schlegman opisali szereg przypadków z uporczywą gorączką i z ujemnym Wassermannem, gdzie po zastosowaniu leczenia swoistego nastąpiło wyleczenie. Schlesinger opisuje przypadek przewlekłej gorączki potraktowany, jako schorzenie septyczne po przebytej anginie, a wyleczony jodem i rtęcią. Kraus opisuje dwa przypadki z rozpoznaniem: gruźlica płuc (jedna chora gorączkowała 1 rok, a druga pół roku) wyleczone rtęcią. Kurach pisze, że uporczywa gorączka bez wyniszczenia (wychudzenia) przy względnie dobrem samopoczuciu przemawia za kiłą. Kuzniecow opisuje przypadek: chora miała ciepłotę wahającą się w granicach 37° — 38°; z rozpoznaniem „gruźlica" została wysłana na wieś. Wraca bez poprawy; zmiana w przebiegu gorączki: rano ciepłota prawidłowa wieczorami do 38°; przerwy jedno dwudniowe z prawidłową ciepłotą; rozpoznaje się zimnicę, leczono chininą bez skutku. Chora gorączkuje 5 miesięcy. Apetyt dobry; utrata na wadze nieznaczna. *In dubio suspice luem.* Zastosowano leczenie swoiste; chora wyzdrowiała.

I. (L. 54/31 r.). Chora A. lat 21, robotnica, miesiączkuje regularnie; upławów nie ma. O przebytych w dzieciństwie chorobach zakaźnych nie pamięta. Chorowała przed 2-ma tygodniami na zapalenie miedniczek nerkowych. Narzeka na bóle głowy i strzykanie w uszach.

I.



II.



Chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywienie mierne. Skóra i widoczne błony śluzowe nieco blade. Gruczoły chłonne z prawej strony szyi powiększone, obrzękłe i bolesne. Płuca i serce — bez zmian. Jama brzuszna: wątroba macalna o brzegu cienkim, niebolesna.

Badanie moczu: mocz patol. składników nie zawiera. Badanie otjatryczne: błony bębenkowe o wejrzeniu prawidłowem. Z migdałków wydobywają się czopy.

Rozpoznanie *otalgia* pochodzenia, prawdopodobnie, migdałkowego.

Badanie ginekologiczne: *retro- et sinistro-versio uteri*. Prześwietl. płuc: szczyty i pola płucne jasne. Ruchy przepony prawidłowe. Ciepłota przez cały czas bytności na oddziale (od 11. I. do 21. II. 31 r.) nietypowa. Rozpoznawaliśmy gorączkę gruczołową. Przepisaliśmy: tran, zastrzyki synergetolu i naświetlania lampą kwarcową gruczołów chłonnych na szyi. Chorej przybyło na wadze 1300 g; apetyt i samopoczucie — dobre. Stałe bóle głowy. Ciepłota bez zmian. 19. II. krew na odczyn Wassermanna ++++. Chora wypisana i skierowana do leczenia swoistego.

II. (L. 63/31 r.). Chora S., l. 28., służąca, przybyła na oddział 17. I. 31 r. W dzieciństwie przebyła odrę i płonicę. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Nie rodziła i nie roniła. Choruje od tygodnia. Narzeka na bóle w kończynach górnych i dolnych.

Wieczorami dreszcze i częste bóle głowy. Chora wzrostu średniego budowy prawidłowej, odżywienie dobre. Płuca i serce bez zmian. Jama brzuszna: śledziona wypukiem powiększona. Ruchy bierne i czynne kończyn górnych i dolnych nieograniczone i niebolesne. Bolesność uciskowa mięśni klatki piersiowej. Badanie moczu: mocz patol. składników nie zawiera. Prześwietl. płuc zmian nie wykazuje. Rozpoznanie ginekologiczne: *colpitis*. Krzywa ciepłoty nietypowa; zupełnie odbiegająca od krzywych całego szeregu chorób zakaźnych. Od 28. I. do 31. I. prawie prawidłowa; po przerwie wyższa niż poprzednio (rano 36,6, wieczorami 38,1; dreszcze). Przypuszczalne rozpoznanie: grypa, stan posoczniczy, zimnica. Krew na odczyn Wassermana ++++. Od 15. II. przystąpiono do leczenia swoistego: już po kilku zastrzykach bizmutu i nowarsenobenzolu ciepłota się obniża (patrz krzywą ciepłoty). Chora została wypisana 28. II. Skierowana do leczenia swoistego (ambulatoryjnie). Po 3-ch tygodniach leczenia swoistego ciepłota wróciła do normy. (S. gorączkowała przeszło 2 miesiące).

Jak widzimy z załączonych krzywych i spostrzeżeń innych autorów ciepłota przy prawdziwej gorączce kiłowej nie ma typu ustalonego. Na jednej krzywej widzimy kilka typów gorączek. (I). Chore pomimo długotrwałej gorączki na wadze nie tracą; tętno, jak to odnotowałem, nie odpowiada wysokości ciepłoty: jest nieco zwolnione.

Pozwoliłem sobie poruszyć ten temat ponieważ zbyt często zapominamy o *febris luicae visceralis*.

Piśmiennictwo.

1) Fournier: Uczenje o kile. (1899 r.). — 2) Łuria: O wisceralnej kile. Kazań. 1925. r. — 3) Kraus: Wien. Klin. Woch. 1903 r. Nr. 49. — 4) Kuznecow: Słuczaj istinnoj syfiliticzeskoj lichoratki. Wracz. Gazet. 1927 r. Nr. 5.

Dr. Józef WOLF, sekundarjusz. Lwów.

Przypadek torbieli krezkowej u dziecka 14-sto miesięcznego.

Z Oddziału Chirurg. dla Dzieci Państw. Szpit. Powsz. we Lwowie.
Prymarjusz: Dr. Ryszard Rodziński.

W listopadzie 1930 r. przyjęto na oddział chirurgiczny dla dzieci z powodu silnie powiększonego brzucha 14-sto miesięczną dziewczynkę Annę K., karmioną piersią. W wywiadzie podała matka, że zauważyła u dziecka przed rokiem w zakresie jamy brzusznej wypuklenie wielkości pięści, które z miesiąca na miesiąc stale się powiększało, doprowadzając po roku do nadmiernego powiększenia całego brzucha. Poza tem brak było jakichkolwiek innych objawów chorobowych dziecko prawidłowo przyjmowało pokarm, wymiotów nigdy nie było, stolce przez cały czas były prawidłowe.

Stan obecny: Dziecko wzrostu odpowiedniego, budowy kośćca słabej, odżywienia dobrego. Skóra i błony śluzowe na zewnątrz widoczne, bladawo zabarwione. Waga 15 kg. W zakresie czaszki brak zmian, źrenice równe, dobrze reagują na światło i akomodację. Gardło bez zmian. Gruczoły na szyi niemacalne. Klatka piersiowa wąska, kąt łuków żebrowych silnie rozwarty. Wypukiem stwierdza się po stronie prawej klatki piersiowej z przodu i w pasze od trzeciego żebra ku dołowi przytłumienie, po lewej w pasze również od trzeciego żebra przytłumienie ku dołowi. Od tyłu w obu szczytach wypuk krótszy poniżej jawny, przechodzący od 2/3 łopatki ku dołowi w przytłumienie. Wysłuchem stwierdza się szmery pęcherzykowe po obu stronach zaostrzone, od kątów łopatek ku dołowi osłabione.

Serce w granicach prawidłowych, słyszalne dwa tony czyste, tętno 102 na min., dobrze napięte.



Ryc. I.

Jama brzuszna: powiększona we wszystkich wymiarach. Obwód wynosi 92 cm. Obmacywaniem wyczuwa się w jamie brzusznej guz ściśle ją wypełniający, a wymiarami przekraczający znacznie wielkość głowy dorosłego człowieka. Powierzchnia guza

napięta, gładka, po stronie prawej wykazuje nierówności. Wypuk nad guzem stłumiony, przyczem stwierdza się chełbotanie. Skóra brzucha nad guzem dobrze przesuwalna (Ryc. I.).

Kończyny górne i dolne bez zmian. Ciepłota ciała prawidłowa. Mocz i stolec oddaje prawidłowo.

Z badań dodatkowych: mocz zawiera ślad białka, odczyn Pirqueta słabo dodatni, odczyn Wassermanna ujemny. Badanie krwi wykazuje: c. czerw. 4 180.000, c. b. 13.000. Schilling: wielojądrz. 44%, pałeczk. 2%, młodych 1%, limfocytów 45%, eozyn. 2%, monoc. 6%.

Badanie rentgenowskie potwierdziło rozpoznanie guza w jamie brzusznej, nie określając bliżej jego przyrody.

Rozpoznaliśmy na podstawie badania fizykalnego torbiel jamy brzusznej i przystąpiliśmy 19. XI. 1930 do otwarcia jamy brzusznej.

Po otwarciu jej cięciem w linji środkowej stwierdzono torbiel o wielkich rozmiarach, wypełniającą całą jamę brzuszną i spychającą jelita ku górze i tyłowi. Bliższe badanie wykazało, że torbiel ta wychodzi z pomiędzy blaszek krezki górnego odcinka jelita cienkiego *(jejunum)*. Udało się ją odpreparować i całkowicie wyłuszczyć. Jelita były naogół zapadnięte, brak było szczególnych zwężeń lub spłaszczeń w zakresie ich ścian. Naczynia krwionośne krezki podwiązano, zamknięto łożysko torbieli, zeszywając obie blaszki krezki. Jamę brzuszną zamknięto całkowicie. Dziecko zniosło zabieg dobrze. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Rana zagoiła się przez rychłozrost. 16-go dnia po operacji opuściło dziecko szpital, zdrowe.



Ryc. II. (preparat).

Preparat (widoczny na ryc. II.) przedstawia się jako twór torbielowaty, szer. 28 cm, wysok. 17 cm, o obwodzie 78 cm wagi 5.50 kg. Powierzchnia guza gładka, w dwóch miejscach wypuklona. Na przekroju wykazuje budowę wielokomorową. Treść komór stanowi płyn żółtawy, przeźroczysty, o zawartości białka 0.39%, a zasadowym odczynie chemicznym. Badanie drobnowidowe tkanki wyciętej z torbieli wykazało budowę o właściwości naczyniaka chłonnego torbielowego *(lymphangioma cysticum)*.

Nazwą torbieli krezkowych obejmujemy szereg torbieli wychodzących z pomiędzy blaszek krezki, których klasyfikację przeprowadzono stosownie do ich budowy anatomicznej (H e n s c h e n). Zależnie więc od budowy anatomicznej podzielono torbiele na t. zw. c y s t o i d y, do których zaliczono guzy torbielowate, wytwarzające się np. z krwiaka pourazowego, dalej guzy powstałe skutkiem odsznurowania pewnych uchyłków otrzewnowych i wreszcie torbiele powstałe jako następstwo rozmiękczenia gruczołów chłonnych. Dalszą grupę stanowią t o r b i e l e p o c h o d z e n i a o b c e g o *(echinococcus, cysticercus cellulosae*, torbiele gazotwórcze) i wreszcie ostatnią grupę tworzą t o r b i e l e w ł a ś c i w e, o charakterze ściśle bujającym, wytworzone na tle nadmiernego bujania pewnych rodzajów komórek. Do nich należą właściwe torbiele skórzakowe oraz naczyniaki chłonne *(lymphangioma cysticum resp. chylangioma cysticum)*.

Naczyniaki chłonne powstają wskutek nadmiernego bujania naczyń chłonnych na tle wad wrodzonych (H. S c h r a m m. W e g e n e r). Przemawia zatem budowa histologiczna, wykazująca w naczyniaku składniki typowe dla naczyń chłonnych, a więc tkankę łączną, włókna elastyczne i mięśnie gładkie oraz tkankę limfoidalną z naczyniami krwionośnemi (F e h l e i s e n). Miejscem wyjścia naczyniaka w zakresie jamy brzusznej jest warstwa między dwoma blaszkami błony surowiczej krezki *(membrana propria mesenterii)*, zawierająca gruczoły, naczynia chłonne, krwionośne i nerwy. Skutkiem stopniowego rozrostu naczyniaka blaszki surowicze krezki zostają coraz bardziej rozepchane bądźto równomiernie, jużto jednokierunkowo (W e r t h).

Naczyniaki chłonne umiejscawiają się najczęściej w zakresie szyi, krezki jelita cienkiego i nadnercza (R i e t t i F e r n a n d o), przyczem wielkość ich waha się od wielkości jaja kurzego do głowy dziecka a nawet opisywano je jeszcze większe. Powierzchnia naczyniaków torbielowych bywa naogół gładka, często stwierdza się jednak nierówności powstałe z wypuklania się poszczególnych mniejszych torbieli. Torbiele bywają jednokomorowe lub składają się z kilku komór niełączących się ze sobą. Wypełnione są one płynem o charakterze chłonki.

Naczyniak chłonny występuje częściej u kobiet i dzieci, rzadziej u mężczyzn (K a u f m a n n).

Objawy kliniczne torbieli są różnorodne, zależnie od ich usadowienia i wielkości. Naogół dają one takie objawy, jakie dać mogą jakiekolwiek inne guzy jamy brzusznej. Często istnieje pewna równoległość między wzrostem torbieli a nasileniem objawów. Pierwszym objawem jest najczęściej pojawienie się guza w jamie brzusznej, mogącego wywołać ból o rozmaitem nasileniu, zależnie od umiejscowienia. Bóle o wielkiem nasileniu występują głównie wtedy, gdy guz rozrasta się w kierunku podstawy krezki, uciskając sploty nerwowe. Innym razem guz może nie dawać żadnych bólów, co P é a n uważa nawet za patognomiczne dla torbieli krezkowych. Z dalszych objawów mogą mieć miejsce odbijania, wymioty i przewlekłe zaparcie stolca, a w wypadku uciśnięcia naczyń jamy brzusznej może wystąpić puchlina wodna. Najniebezpieczniejszem, a zarazem najczęstszem powikłaniem, jakie może wywołać torbiel, jest zupełna niedrożność jelita, spowodowana mechanicznem uciśnięciem jego światła lub skręceniem samej torbieli.

Rozpoznanie torbieli jest łatwe w przypadkach typowych, gdy torbiel jest wielka, ściany jej napięte, a chełbotanie wybitne. Stwierdza się wówczas guz torbielowaty bez możności dokładnego określenia rodzaju i miejsca wyjścia. W tych przypadkach za torbielą krezkową może przemawiać silniejsze wypuklenie guza w okolicy pępka oraz silna ruchomość jego w kierunku poprzecznym brzucha (M o y n i h a n).

Przy różnicowaniu rozpoznania wchodzą w grę torbiele nerek, wodonercze, uszypułowane torbiele jajnikowe, zapalenie otrzewnej, zapalenie wyrostka robaczkowego. U dzieci często objawy torbieli mogą dawać ropnie gruźlicze krezki.

W większości jednak przypadków rozpoznanie torbieli jest trudne, a przy usadowieniu pozaotrzewnowem staje się wogóle niemożliwe. Większości opisanych i operowanych przypadków torbieli przed zabiegiem nie rozpoznano. Rozpoznawano je dopiero w czasie zabiegów operacyjnych, do których przystępowano z powodu objawów następowych, jakie torbiel wywołała. Tym objawem najczęstszym, który dawał wskazanie do otwarcia jamy brzusznej, była niedrożność jelit, spowodowana zaciśnieniem ich światła przez torbiel. Rzadziej przyczyną zabiegu chirurgicznego były objawy zapalne torbieli lub jej pęknięcie, a które rozpoznawano jako ostre zapalenie wyrostka robaczkowego.

L e c z e n i e: Jest ono wyłącznie chirurgiczne. Dawniej wykonywano nakłucia torbieli celem wypuszczenia płynu, nagromadzonego w nadmiernej ilości, jednakowoż z powodu możliwości uszkodzenia jelit, niebezpieczeństwa zakażenia jamy otrzewnowej, a wreszcie z powodu możliwości powtórnego nagromadzenia płynu, nakłucia zaniechano w zupełności. Obecnie wykonuje się prawie zawsze laparotomję i, zależnie od stosunków, jakie się stwierdza, stosuje się albo t. zw. marsupjalizację, tj. wszycie torbieli okrężnie do otrzewny ściennej z następowem otwarciem torbieli i sączkowaniem na zewnątrz, względnie też wykonuje się całkowite wyłuszczenie torbieli. Marsupjalizację stosuje się wszędzie tam, gdzie z jakichkolwiek przyczyn torbieli nie można usunąć (zbyt wielkie rozmiary torbieli, niezbyt ścisła aseptyka, zły stan chorego). Dodatnią stroną tego sposobu jest krótkie trwanie zabiegu, ujemną zaś, że wydzielanie z torbieli przeciąga się do kilku tygodni i może prowadzić do wytworzenia przetok. O ile natomiast warunki zezwalają, wówczas najbardziej racjonalną rzeczą jest wyłuszczenie torbieli połączone ewentualnie z częściowem wycięciem jelita. Jakkolwiek jest to zabieg ciężki, zwłaszcza w przypadkach wielkich torbieli, w których może grozić większy krwotok, ma on jednak tę zaletę, że radykalnie usuwa torbiel i tem samem wszystkie następstwa. Wycięcie jelita wykonuje się wówczas, gdy grozi obumarcie jelita z powodu podwiązania zbyt wielkiej ilości naczyń krwionośnych krezki w czasie wyłuszczania, oraz w przypadkach, w których jelita są silnie uciśnięte i skurczone w miejscu zrośnięcia z torbielą.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na nieczęsto zachodzący tego rodzaju zbieg rzeczy, mianowicie, rozwinięcia się torbieli stosunkowo wielkich rozmiarów u dziecka zaledwie 14-to miesięcznego, oraz ze względu na to, że torbiel ta mimo swej wielkości jakichkolwiek objawów następowych,

a zwłaszcza niedrożności jelita, w przeciwieństwie do większości tego rodzaju opisanych przypadków — zupełnie nie dawała.

Piśmiennictwo.

Lecène P.: Presse méd. 21. Nr. 94. 1913, ref. Ztorg. f. Ch. T. 3. 1913. — Miller Robert: Bull. of the John. Hopkins hosp. Nr. 274. 1913. ref. Ztorg. f. Ch. T. 5. 1914. — White Charles St.: Journ. of the amer. med. assoc. 74. Nr. 7. 1920. ref. Ztorg. f. Ch. T. 7. 1920. — Müller Artur: Med. Klin. Nr. 25. 1920. ref. Ztorg. f. Ch. T. 8. 1920. — Saraceni Filippo: Radiol. Med. 8. Nr. 3. 1921. (Ztorg. f. Ch. T. 14. 1921). — Mochot René et Jemesseaux Léon: Cpt. rend. des sc. de la soc. de biol. 85. Nr. 27. 1921. ref. Ztorg. f. Ch. T. 15. 1921. — Valente Francesco: Pediatria R. 29. H. 3. 1921. — Oehrlein Adam: Disertation Erlangen 1921. ref. Ztorg. f. Ch. T. 18. 1921. — Wereschtschinsky A. O. Verhandl. d. Russ. Chir. Pirogoff — Ges., Petersburg 1921. ref. Ztorg. f. Ch. T. 16. 1921. — Novi Mario: Policlinico. sez.-chir. 28. 1921. ref. Ztorg. f. Ch. T. 16. 1921. — Tugulea Octav: Spitalul 42. Nr. 5/6. 1922. ref. Ztorg. f. Chir. T. 19. 1923. — Candea Aurel: Ztrbl. f. Chir. Jg. 49. Nr. 3. 1922. ref. Ztorg. f. Chir. T. 17. 1922. — Campell R. Brunn's Beitr. z. klin. Chir. Bd. 122. 1921. ref. Ztorg. f. Ch. T. 13 1921. — Baumann Max: Münch. Med. Woch. Jg. 70. Nr. 26. 1923. ref. Ztorg. f. Ch. T. 24. 1923. — Caliro Jose: Semana med. 31. Nr. 48. 1924. ref. Ztorg. f. Ch. T. 30. 1924. — Higgins et Eric J. Hoyd: Brit. Journ. of surg. 12. Nr. 45. 1924, ref. Ztorg. f. Ch. T. 29. 1924 — Sofoteraff S.: Ztblt. f. Ch. Jg. 52. Nr. 14. 1925. ref. Ztorg. f. Ch. T. 31. 1925. — Bartlett E.: Surg. clin. of North America T. 3. Nr. 3. 1923, ref. Ztorg. f. Ch. T. 23. 1923. — Tomiselli Adolfo: Il Morgagni Pt. I. R. 65. Nr. 7. 1922. ref. Ztorg. f. Ch. T. 21. 1922. — Shirmer Robert: M. med. Woch. Jg. 71. Nr. 4. 1924. ref. Ztorg. f. Ch. T. 26. 1924. — Bay Robert i Herbert Wilkerson: Amer. journ. of surg. T. 37. Nr. 12. 1923, ref. Ztorg. f. Ch. T. 26. 1923. — Smirnoff E. W. Astrachanski Med. Journ. Nr. 4/6. 1924. — Rietti Fernando: Arch. ital. di chirurg. T. 9. 1924. — Ruffing: Diss. Strassburg 1912. ref. Jrb. f. Ch. T. 19. 1913. — Monnier. Korrespondentzbl. f. Schw.Aerzte. Nr. 8. 1916. ref. Jrb. f. Ch. T. 22. 1916. Schmerz: Wien. klin. Woch. Nr. 33. 1917, ref. Ztbl. f. Ch. T. 23. 1917. — Marschall: Brit. med. Journ. 1908, 2497. — Bogojawlensky: Chir. 1909, T. XXVI. Nr. 155. ref. Ztrbl. f. Ch. 1910. — Bani: Revista osped. XI. Nr. 4. 1921. ref. Ztrbl. f. Ch. 1921. — Markivitz: Breslauer Chir. Ges. 9. II. 1920. ref. Ztrbl. f. Ch. 1920. — Bertaloni (Milano): Osped. magg. 1921. ref. Ztrbl. f. Ch. 1923. — Lindenfeld. Ref. Ztrbl. f. Ch. 1923. str. 1732. — Freudenthal Pool. (Hosp.-tid) 71, 1928. ref. Ztrbl. f. Chir. 1930. Monnier E. Die Cysten u. Geschwülste des Gekröses und der Netze. D. Chir. Lief. 46. k. 1913. — Warchol Leon. Lwowski Tyg. Lek. 1920. T. 10.

Dr. Salomon DAWIDSON. Puławy.

Rozważania nad rzeczywistą wartością i niezbędnością stosowania transpulminy w leczeniu zapalenia płuc u dzieci.

Odpowiedź na artykuł Dr. Franciszka Sienickiego pod tytułem „O leczeniu zapalenia płuc u dzieci" w „Wiedzy lekarskiej" z miesiąca sierpnia r. b., zeszyt VIII).

Maksyma rzymska: *„Post hoc ergo propter hoc"* jest aż zanadto często kuźnią mylnych poglądów na rzeczywisty stan rzeczy; dotyczy to specjalnie postępowania leczniczego, w którem maksyma ta nietylko u laików, ale także u lekarzy, wywołuje niekiedy fałszywy entuzjazm i mylne poglądy na wyrzucane coraz częściej na rynek „specyfiki". Niestety, stosowanie tych specyfików nie jest bardzo często zależne od panujących w danej chwili w patologji poglądów, lecz wiele zależne jest od „mody", wywołanej potężną reklamą, na jaką żaden przemysł nie szczędzi pieniędzy. Miast faktycznego drogowskazu w używaniu środków leczniczych, drogowskazu, jakim powinna być wyłącznie patologja — rzeczywista kuźnia — sanktuarjum, posługują się lekarze-praktycy bardzo często, szczególnie ostatniemi czasy, wyłącznie reklamą i chęcią zaimponowania pacjenturze swej nowym środkiem, jakiego poprzednio — ordynujący lekarz nie zapisał. Prawdą jest, że to działa sugestywnie na chorego, ale z tego nie można wyciągać konsekwencyj, mających jakąkolwiek wartość naukową. Zbytecznem jest przytaczać przykłady masowego stosowania jakiegoś specyfiku bardzo zachwalanego — zbyt znanem jest to każdemu praktykowi ordynującemu. Niektóre takie specyfiki mają niedługi okres trwania, ponieważ potężniejsza reklama nowego specyfiku wprost wypycha z rynku ten stary. Zupełnie co innego środek leczniczy, który jest skutkiem poglądów patologji — taki środek ma trwałą wartość; medycyna rozporządza takiemi środkami, które znane już w zaraniu sztuki lekarskiej przetrwały przez długie wieki aż do dni dzisiejszych. W ostatnich dwóch latach zjawiają się od czasu do czasu w czasopismach lekarskich nadzwyczajne „hymny" na cześć preparatu, wypuszczonego na rynek przez fabrykę farmaceutyczną Bad-Homburg pod nazwą *„Transpulmin"* dla stosowania w leczeniu zapalenia płuc szczególnie u dzieci. Preparat ten nabrał tyle rozgłosu, że także dwie krajowe nasze fabryki wypuściły podobne preparaty: Gessner — loco *Pneumonin* i firma „Laokoon" — Kamiochina. Z artykułów prasy lekarskiej zachwalających ten preparat jako też z potężnej reklamy ma on być niemal deską ratunku w leczeniu zapaleń płuc u dzieci. Ale czy doprawdy tak jest — nietylko śmiem wątpić, ale stanowczo mogę twierdzić, że nie, czego dowieść się postaram. Wiadomem jest powszechnie, że zapalenie płuc jest najczęściej wszak w 50% wywołane pneumokokiem (statystyka ta jest wzięta ze zjazdu pedjatr. francuskich w Lozannie w r. 1927 — podał tę liczbę Dufort z Lyonu), na drugiem i trzeciem miejscu (po 25%) stoi paciorkowiec, a równie często enterokok. Swoistego środka na zwalczanie zapalenia płuc nie posiadamy. Seroterapja naogół jest zawodna. Według szkoły francuskiej (Grenet) leczenie szczepionkami miało znacznie obniżyć procent śmiertelności w zapaleniu płuc odoskrzelowem u dzieci. Naogół zapalenie płuc przebiega u dziecka łagodnie; śmiertelność nie przewyższa tu 2—3%; u osesków poniżej 2 lat jest to cierpienie poważniejsze niż w drugim okresie dzieciństwa, wszak im dziecko jest młodsze, tem paciorkowce owalne (pneumokoki) są bardziej złośliwe, tem większą mają skłonność do szerzenia i tworzenia ognisk w różnych punktach ciała. Jako skutek możemy stwierdzić ropniak opłucnej, zapalenie opon mózgowych, zapalenie otrzewnej, zapalenie pneumokokowe stawów, ale powikłania te są nieczęste, nawet stosunkowo rzadkie. Przebieg zapalenia płuc u dzieci jest naogół krótki; okres gorączkowy trwa przeciętnie tydzień. Bywają przypadki, które trwają 10—12—15 dni, ale to na skutek stopniowego rozszerzenia się ogniska pierwotnego, czy też przez wytworzenie się nowego ogniska (zapalenie płuc podwójne), czy też przez nawrót. Co do odoskrzelowego zapalenia płuc to jest ono chorobą prawie wyłącznie pierwszego okresu dzieciństwa. Jest to choroba groźna i często występująca. Odoskrzelowe zapalenie płuc pojawia się zwykle jako choroba wtórna, jako powikłanie przebytego już mniej lub więcej ciężkiego cierpienia (grypy, krztuśca,, odry, błonicy, duru brzusznego). Jest to choroba zakaźna, która rozpoczyna się w wielkich oskrzelach, przechodzi na oskrzela średnie i małe, a w końcu zajmuje pęcherzyki płucne *(bronchitis capillaris)*. Zmiany anatomiczne w tem schorzeniu są nie mniej różnorodne, niż obraz kliniczny. A więc mamy tu zmiany w oskrzelach, zaczerwienienie i obrzmienie śluzówki, owrzodzenie i rozszerzenie, zawały płucne, zwątrobienie zrazikowate, zwątrobienie rzekomo-zrazowe, małe ogniska żółte, małe ropnie, oskrzeliki pełne ropy. W ogniskach zapalenia odoskrzelowego wykrywa się: pneumokoki i paciorkowce, gronkowce, pałeczkę zapalenia płuc Friedlandera, pałeczki okrężnicy. Największą rolę odgrywają tu: pneumokoki i paciorkowce. Odoskrzelowe zapalenie płuc jest jeszcze i obecnie najczęstszą przyczyną śmierci osesków i mimo skrzętne badania ostatnich lat, zwalczania tej choroby prawie że się nie posunęły naprzód. Skończywszy z pobieżnym opisem tych dwóch tak różnych od siebie chorób — zapalenia zrazowego i zrazikowego — przejdziemy teraz do sposobów ich leczenia i rozważania nad rzeczywistą wartością zachwalanego preparatu — *Trenspulmin*. Różnie zapatrują się lekarze na leczenie zapaleń płucnych i zależnie od tego postępowanie ich nie jest jednakie. Jeden jednakże jest punkt, na który wszyscy lekarze się zgadzają, mianowicie, że trzeba zwracać baczną uwagę na akcję serca, dzięki czemu stosowanie leków nasercowych jest ogólnie przyjęte. Ale i w tem postępowaniu, ogólnie przyjętem zachodzą różnice w poglądach, kiedy stosować środki nasercowe. Są tacy lekarze, którzy odrazu pierwszego dnia przepisują *digitalis*, kamforę, kardjazol, a są tacy, którzy stosują te środki dopiero, gdy akcja serca słabnie t. j. gdy zachodzi rzeczywista potrzeba. Co do innych środków stosowanych *„manu largo"* przez niektórych lekarzy, jak środki wykrztuśne, przeciwgorączkowe, bańki suche i cięte, okłady) zdaniem wielkiego Czernego, te wszystkie środki wyliczone są zbędne) to w stosunku do nich panuje faktyczny chaos co do różnicy ich stosowania. Ograniczę się tylko do zanotowania poglądów Czernego, u którego na klinice pracowałem i specjalnie sprawom zapaleń płucnych poświęciłem wiele uwagi i zainteresowania, a to dlatego, że sposób leczenia zapaleń płucnych tak jaskrawo się różni od postępowania lekarzy-praktyków u nas. Otóż całe leczenie zapaleń płucnych na klinice Czernego polega na stosowaniu świeżego powietrza — *Freiluftbehandlung* — i środków uspokajających, jak luminal (przeważnie), bromural. Środki nasercowe są stosowane wówczas, gdy czynność serca zaczyna słabnąć np. w typie kardjalnym zapalenia płuc, w którem występują objawy zastoinowe w małem krążeniu. Serduszko dziecka, niewyczerpane, młode, zawierające bardzo wiele energji potencjalnej jeszcze nieeksploatowanej, prawie zawsze jest

zdolne do dania sobie rady z wymaganiami ze strony płuc — taki jest pogląd wielkiego Czernego. Okłady, bańki nigdy nie są stosowane na klinice Czernego. Gdy się raz zapytałem Czernego, dlaczego nie stosuje okładów, tak u nas popularnych, odpowiedział mi, że, Jego zdaniem, okład tylko krępuje rozszerzanie się klatki piersiowej przy wdechach, które są w zapaleniach płucnych zawsze głębsze, forsowniejsze; zdaje się, że jest to zupełnie zrozumiałe. Również i Schlossman uważa leczenie powietrzne za główne leczenie zapaleń płucnych. Meyer stosuje domięśniowe zastrzyki cukru 15%. Sposób leczenia zapaleń płuc na klinice Czernego, gdzie dzieci, dotknięte tą chorobą, przebywają na otwartej werandzie i prócz luminalu (luminaletty), celem ich uspokojenia, nic nie otrzymują, bardzo mnie zaciekawił i przez cały czas pobytu mego na tej klinice pilnie śledziłem za temi dziećmi i mogę tylko polecić ten sposób postępowania. Oczywiście, gdy dziecko jest charłacze lub wycieńczone lub cierpi prócz zapalenia płuc na inne sprawy o złem czy nawet podejrzanem rokowaniu, to ten sposób nie wystarczy; to i Czerny wielokrotnie zaznacza. Każdy zresztą lekarz-praktyk wie z własnego doświadczenia, że jeżeli obejmuje w leczenie dziecko z zapaleniem płuc, które do zapadnięcia na tą chorobę było normalne, zdrowe, bez skazy krzywiczej, czy wysiękowej, to rokowanie w przeważającej liczbie wypadków jest zgóry dobre; Wyniki leczenia są przeważnie zadawalniające i dlatego dziwnem się wydaje zbytne zachwalanie różnych środków, jak np. *Transpulmin*, którym tak się gorąco zachwyca Dr. Franciszek Sienicki w artykule „O leczeniu zapaleń płuc u dzieci", wydrukowanym w zeszycie 8-ym Wiedzy lekarskiej z roku bieżącego. Dr. Sienicki jakby intuicyjnie wyczuwając zarzuty, jakie mu można postawić w odpowiedzi na Jego zachwycanie się transpulminą, powiada sam, że można mu zarzucić, że i bez stosowania transpulminy mogłoby nastąpić wyleczenie, a zatem niema racji, mówiąc: *„post hoc ergo propter hoc"*. Tak właśnie jest w rzeczywistości! Osiągamy wyleczenie i bez transpulminy. Z pewnością nie jest transpulmina *„panaceum"* terapji zapalenia płuc. Dr. Sienicki podaje kilka przypadków zapaleń płucnych, gdzie wstrzyknięcie transpulminy miało spowodować wyleczenie. Skąd ta pewność? Może i bez transpulminy organizm dziecka zwyciężyłby, jakto często bywa. Można byłoby przyjąć za absolutną prawdę tezę Dra Sienickiego o zbawiennem leczeniu transpulminą tylko wtedy, gdyby Dr. Sienicki podał dwie kategorje chorych na zapalenie płuc; jedna kategorja chorych, u których transpulmina była stosowana, a druga kategorja chorych, u których transpulminy nie stosowano i — dopiero takie porównanie wyników leczenia za pewien okres, chociażby tych dwóch lat, w przeciągu których Dr. Sienicki stosował u wszystkich transpulminę, mogłoby przekonać, czy preparat ten zasługuje na tak entuzjastyczne polecenie, jakiem go autor obdarza. Sam Dr. Sienicki twierdzi, że nie we wszystkich przypadkach zapalenia płuc nawet włóknikowego, gdzie rokowanie jest zawsze lepsze niż przy bronchopneumonji, wyniki były dobre; autor dodaje przytem sam, że zdolność chorych do aktu samoobrony nie jest jednakowa — oto właśnie najważniejszy czynnik, od którego zależy wynik leczenia — samoobrona. Gdy nie posiadamy swoistego środka to musimy bardzo wiele liczyć na tę właśnie samoobronę i żaden reklamowany „specyfik" nie podniesie samoobrony. Przyjrzyjmy się chemicznemu składowi tego *pseudo-panaceum*, jakim ma być transpulmina w leczeniu zapalenia płuc. Jeden cm^3 transpulminy zawiera 0.03 chininy zasadowej i 0,025 kamfory w rozczynie olejków eterycznych i otóż ten skład chemiczny ma mieć tak zbawienny wpływ na leczenie zapalenia płuc. Każdy z tych środków z oddzielna ma oddawna już zastosowanie w leczeniu zapaleń płuc i dlatego nie jest przecież ostatecznie skombinowanie tych dwóch składników czemś zgoła nowem zachwycającem, godnem tak wielkiego rozgłosu. Czy ta nieznikoma ilość olejków eterycznych, znajdujących się w 1 cm^3 transpulminy i wydzielających się przez płuca, ma tak zbawienny wpływ na przebieg choroby? Uważam, że dobra wentylacja płuc przy *„Freiluftbehandlung"* ma lepszy wpływ, wszak doprowadzenie tlenu — jak powszechnie wiadomo — jest najistotniejszą treścią leczenia spraw zapalnych płucnych. Co się tyczy chininy przy zapaleniu płuc to w niemieckich klinikach jej prawie nie stosują wszak uważają, że przeciwgorączkowe środki są wogóle zbędne, o ile tylko gorączka nie wywołuje zamroczenia, silnego bólu głowy i samopoczucie jest niezłe. Nie patrząc na tak skromne stosowanie środków leczniczych (*Freiluftbehandlung* i *sedativa*) statystyka śmiertelności w niemieckich klinikach przy zapaleniu płuc u dzieci wynosi według Meyera w typie „pulmonalnym" (Nassau dzieli zapalenie płuc na 6 typów) 2%. Gdzie w takim razie szukać wyjątkowego wpływu zbawiennego transpulminy?

Przy braku środka swoistego rzeczywistego, działającego bezpośrednio na przyczynę choroby, poglądy na leczenie są tak chaotyczne, że warto tu wymienić poglądy kliniki poznańskiej (prof. dr. Jezierski) na stosowanie kamfory w zapaleniu płuc. Otóż klinika ta jest tego zdania, że rozczyn oleisty kamfory sprzyja rozmnażaniu się pneumokoków i przeto na poznańskiej klinice nie stosują kamfory, która przecież uchodziła i uchodzi jeszcze za najodpowiedniejszy lek w zapaleniu płuc. Ten fakt potwierdza tylko istnienie chaosu w poglądach na leczenie choroby, dla której nie posiadamy swoistego środka. Osobiście nigdy nie stosowałem i nie stosuję transpulminy i nie mogę się uskarżać na fiasko w leczeniu zapaleń płuc; potwierdzą to z pewnością również i inni lekarze, którzy transpulminy nie stosują. Stosuję środki nasercowe, powietrze (polecam by okno w pokoju chorego było otwarte), środek uspokajający (luminal, według Czernego) i okłady z wody o ciepłocie pokojowej. Przyznać się muszę, że okłady stosuję więcej przez wzgląd na matkę, która uważa okłady za konieczne w leczeniu zapalenia płuc, wszak od dawien dawna okłady są zalecane *„urbi et orbi"* i tej opinji nie można podważyć tak szybko, szczególnie w małem mieście. Jak już wyżej zaznaczyłem, stosuję — jeżeli dziecko jest niespokojne luminal, wzorując się na klinice wielkiego Czernego, zaznaczam jednakże, że przeciwgorączkowych środków nie stosuję. Przytoczę dwa przypadki z wielu podobnych do siebie, jakie się w praktyce zdarzają:

Przypadek 1-szy. Dziecko S. C. lat 3 i 6 miesięcy dostało nagle gorączki 39,5°. Gdy zostałem zawezwany, zastałem dziecko o przyśpieszonem oddychaniu, kaszlące, samopoczucie nie dobre. Badaniem stwierdziłem zapalenie płuc. Poleciłem codzienne wstrzykiwania kardjazolu, zastosowałem dostęp świeżego powietrza (otwarte okno), okłady (więcej dla matki, jak już wyżej zaznaczyłem) zapisałem miksturę niewinną z pyrenolu i kofeiny (również więcej dla matki i otoczenia, wszak lekarz, który nic nie zapisuje nic nie wart jest w oczach otoczenia), na noc poleciłem dziecku dać luminal (to już dla chorego, a nie dla otoczenia) no i dieta płynna, lekka. Gorączka codziennie w przeciągu czterech dni podnosiła się do 40° — poleciłem wtedy pęcherz z lodem na główkę. Zrana gorączka spadała do 38°. Tak trwało 5 dni. Na 6-ty dzień gorączka zupełnie spadła, nastąpiło zupełne wyleczenie.

Przypadek 2-gi. Dziecko D. F. lat 3 dostało nagle gorączki, kaszlu. Stwierdziłem badaniem gorączkę 39°, tętno przyśpieszone, szybki oddech z poruszaniem się skrzydeł nosowych, na całej przestrzeni prawego płuca aż do grzebienia łopatki wilgotne rzężenia — odoskrzelowe zapalenie płuc. Postąpiłem tak samo jak w pierwszem wypadku t. j. *cardiaca*, *sedativum*, powietrze, dieta płynna, poleciłem prócz tego jeszcze ciepłą kąpiel (35°—38°). Gdy gorączka sięgała 40° — pęcherz z lodem na główkę. Po 12-tu dniach wyleczenie zupełne. Mógłbym przytoczyć wiele jeszcze przypadków, ale jest to zbędne, wszak postępowanie moje przy leczeniu zapaleń płuc jest w zasadzie zawsze takie same, wyjąwszy objawy uboczne, które wymagają niekiedy interwencji czysto objawowego charakteru. Gdybym się chwycił transpulminy, to bym również w myśl zasady: *„post hoc ergo propter hoc"* przypisał może wyleczenie transpulminie. Ale niezbyt wiele się zachwycam specyfikami reklamowanemi wogóle, tembardziej takiemi, — których skład chemiczny nie przedstawia nic nowego w leczeniu danej choroby. Mija ich sława tak szybko, jak szybko forsowniejsza reklama zdoła wprowadzić na rynek farmaceutyczny nowy specyfik.

Poco zresztą męczyć malutkiego i milusińskiego pacjenta naszego domięśniowemi zastrzykami (transpulminę stosuje się domięśniowo), które i matkę wyprowadzają z równowagi duchowej. Tembardziej się dziwię doktorowi Fr. Sienickiemu, że zaleca ten niezupełnie konieczny zabieg (wszak i bez transpulminy umiemy sobie dość dobrze radzić przy zapaleniu płuc), wszak sam w swoim artykule przytacza słowa wielkiego Czernego: „Rokowanie w zapaleniu płuc jest zależne od stanu nerwowego otoczenia", a przecież stan nerwowy otoczenia z pewnością się pogarsza, gdy się dziecku robi domięśniowy zastrzyk, który w oczach matki wygląda jak bardzo poważny zabieg, który w dodatku nieraz jest i bolesny. Gdy to jest niezbędne, to inna sprawa, ale gdy się inną drogą, łagodniejszą osiąga ten sam rezultat, to poco wybierać sposób denerwujący i chorego i otoczenie. Tembardziej stosuje się to do dra Sienickiego, który niedawno temu, bo dopiero w r. 1929 w zeszycie 6-tym Wiedzy Lekarskiej zachwalał *„optochinum basicum"*, pisząc (przytaczam własne słowa autora): „Najszerszy a zarazem najskuteczniejszy sposób zwalczania zapalenia płuc, uzyskała chemoterapja w środku swoistym, jakim jest optochina". Objawów ubocznych nie widziałem. Wyniki zaś są tem jaskrawsze, im wcześniej zastosuje się powyższe leczenie. (t. j. optochina): Tak pisał autor w czerwcu 1929 roku. Pozwolę sobie postawić pytanie doktorowi Fr. Sienickiemu, dlaczego przy jaskrawych wynikach optochiną porzucił jednakże ten tak bardzo zachwalany przez siebie preparat i przeszedł do transpulminy? Poco szukać nowych Bogów? Czy nie reklama i moda to spowodowały? Tak, *„sic transit gloria"* zachwalanych przez reklamę specyfików!

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Józef WYSOCKI, sekr. wyk. Terytorj. Twa Przeciwgruźliczego. Lwów.

Sprawozdanie Wojewódzkiego Komitetu Dni Przeciwgruźliczych na obszarze Województwa Lwowskiego w r. 1930/31.

Dokończenie.

Lwów-miasto. Akcja Miesiąca Przeciwgruźliczego we Lwowie w r. 1930 była zorganizowaną po raz 3-ci z rzędu. W skład Komitetu organizacyjnego weszły 3 Instytucje: Towarzystwo Walki z gruźlicą, T. O. Z. i Miejski Ośrodek Zdrowia przy poparciu Przychodni Przeciwgruźliczej Kliniki Uniwersytetu J. K. i Przychodni Przeciwgruźliczej Kasy chorych. Utworzono za przykładem Wojewódzkiego Komitetu Komitet wykonawczy. Towarzystwo Walki z gruźlicą miało się zająć agitacją wśród ludności, starać się o poparcie Kas chorych i szeregu instytucyj, T. O. Z. specjalnie wśród ludności żydowskiej, Miejski Ośrodek Zdrowia miał pozyskać do współpracy Władze miejskie. Zorganizowano sekcję propagandową, prasową, kulturalno-oświatową i t. p. Komitet wydał odezwę podpisaną przez Dra Dolińskiego, Lekarza Naczelnego miasta Lwowa i przedstawicieli Lwowskiego Twa Walki z gruźlicą, T. O. Zu. Rozlepiono 1.000 odezw na ulicach miasta, tyleż plakatów kolorowych dużych, 150 małych, rozdano 5.000 ulotek i 2.000 wierszowanych ulotek. Rozdano 7.985 broszur „Co to jest gruźlica" w przychodniach Twa Walki z gruźlicą, T. O. Zu, Kliniki Uniwersytetu J. K., Kasy chorych, Miejskiego Ośrodka Zdrowia oraz w czasie odczytów popularnych. Jednodniówek rozdano 30 sztuk. Wyświetlono 4 filmy: 1) Sanatorjum w Rudce, 2) Gruźlica kostna Berck, 3) W objęciach niewidzialnego wroga, 4) Słońce to Zdrowie. Pierwsze 2 filmy wyświetlało Polskie Towarzystwo Higjeniczne. Następne dwa filmy oddano referatowi oświatowemu garnizonu lwowskiego i wyświetlono je w Garnizonowym Teatrze Świetlnym przy ul. Kurkowej 16 razy. Korzystało z tych filmów 3902 żołnierzy garnizonu lwowskiego.

Polskie Radjo Lwów, zgodziło się bardzo chętnie na wygłaszanie odczytów przez delegatów Komitetu w miesiącu grudniu. Dnia 30 listopada 1930 o godz. 5-tej popołudniu rozpoczął inauguracyjne przemówienie Dr. Węgrzynowski.

W czasie od dnia 1. XII. 1930 do 30. XII. Lwowska stacja nadawcza podawała krótkie komunikaty lub wykłady o gruźlicy.

Od 1-go do 5-go grudnia: hasła gruźlicze,
6 i 7 wykład: szkoła a gruźlica,
8 wykład: gruźlica serca,
9 komunikat o mleku,
10—15 komunikaty: (o tanich środkach odżywczych, o mleku, o pokrzywie, zastępującej szpinak, o lecznicy w Hołosku),
16 wykład: gruźlica, a hartowanie ciała,
17 wykład: gruźlica a leczenie wodą,
18 wykład: gruźlica a reumatyzm,
19 o lecznicy w Hołosku,
20 wykład: jak zapewnić dzieciom należyty rozwój,
21 wykład: higjena mleka,
22 wykład: o zawodzie pielęgniarki,
23 wykład: o lecznicy w Hołosku,
24 wykład: co to jest gruźlica,
25 wykład: komu najwięcej grozi gruźlica,
26 wykład: jak uniknąć zachorowania na gruźlicę.

Niektóre wykłady powtarzano. Po każdym odczycie oznajmiano o „Dniach Przeciwgruźliczych" i nawoływano do zakupienia znaczka.

Dzienniki. Dnia 28. X. 1930 wysłało do 8 gazet sprawozdanie z akcji „Dni Przeciwgruźliczych" w roku 1929/30.

W połowie listopada dostarczono 8 redakcjom matryce z hasłami przeciwgruźliczemi z prośbą o codzienne umieszczanie tych haseł w gazetach.

Dnia 1. XII. umieściły dzienniki następujący apel P. Prezydenta Rzeczypospolitej: „Walka z gruźlicą, z tą plagą, która w sposób zatrważający niszczy siły dużej części ludności — powinna leżeć na sercu każdego obywatela Rzeczypospolitej".

W czasie od 1. XII. do 10. I. dzienniki zamieściły nam następujące artykuły wyjęte z „Dni Przeciwgruźliczych".

1. Najważniejsze nasze zadania,
2. Czego oczekuje pacjent gruźliczy od lekarza,
3. Kolonje pracy dla gruźliczo chorych,
4. Szkoła a gruźlica,
5. Gruźlica wśród młodzieży szkół wyższych,
6. Gruźlica a znachory,
7. Odezwa do czytelników, by z racji „Dni" przesyłali bezpłatnie książki do czytania dla chorych w Hołosku,
8. Odezwa, by z racji „Dni" wszystkie redakcje przysyłały dzienniki dla chorych w lecznicy w Hołosku,
9. Artykuł na „Nowy Rok" — gruźlica a wojsko,
10. Nudne, ale wymowne liczby,
11. Jak powstaje gruźlica,
12. Gruźlica u dzieci,
13. Co to są szczepienia przeciwgruźlicze B. C. G.
14. O objawach gruźlicy,
15. Leczenie w gruźlicy,
16. Gruźlica a warunki społeczne,
17. Apel do księgarń, by z racji „Dni" przysyłały książki do lecznic przeciwgruźliczych w Województwie lwowskiem,
18. Dezynfekcja telefonów.

Transparent. Dnia 1 grudnia 1930 r. wywieszono u wylotu najruchliwszych ulic Lwowa 22 metrów długi, 90 cm szeroki podwójny transparent płócienny z następującym napisem: od 1. XII. 1930 Dni Przeciwgruźlicze do 10. I. 1931 r. Żądajcie Znaczka Przeciwgruźliczego.

Po bokach 2 wielkie czerwone krzyże o podwójnych ramionach.

Kinoteatry. 15 kinoteatrom lwowskim dostarczono 15 przeźroczy z hasłami przeciwgruźliczemi, które zakupiono w Polskim Związku Przeciwgruźliczym w Warszawie celem wyświetlania ich codziennie kilkorazowo przed każdem seansem na czas trwania „Dni Przeciwgruźliczych".

Tablice i wykresy. Lwowski Komitet wypożyczył w Towarzystwie Walki z gruźlicą 2 komplety tablic i wykresów, które ze swojej strony wypożyczał szkołom na odczyty, lub też posługiwał się niemi w czasie wykładów urządzanych staraniem Lwowskiego Komitetu.

Pierwszy komplet zawierał 15 tablic na temat gruźlicy i 8 mulaży anatomo-patologicznych.

Drugi komplet zawierał 12 tablic i wykresów statystycznych o gruźlicy.

Wykłady i odczyty urządzało: Lwowskie Two walki z gruźlicą, Szefostwo Sanitarne Garnizonu Lwowskiego, Gimnazja, Seminarja, Szkoły powszechne i zawodowe przez swoich lekarzy, Lwowskie Two Higjeniczne, T. O. Z.

Referat oświatowy garnizonu Lwowskiego urządził 15 wykładów przy równoczesnem wyświetlaniu filmu o gruźlicy — słuchaczy 3902. Two walki z gruźlicą urządziło 6 wykładów, słuchało osób 862, rozdano tyleż broszur propagandowych. T. O. Z. wygłosił 100 pogadanek w 29 szkołach, dla rodziców było osobno 17 wykładów, 4 wykłady w stowarzyszeniach i 4 publiczne. Razem dla dorosłych 25 wykładów. Słuchaczy na wszystkich wykładach i odczytach było 5402, rozdano ulotek żydowskich 3900.

W myśl życzenia Komitetu odbywały się w każdej szkole wykłady o gruźlicy dla młodzieży i dla Kół rodzicielskich. W wielu szkołach młodzież pisała zadania na temat gruźlicy.

Kurja Metropolitalna wydała apel do księży, by w czasie trwania Dni Przeciwgruźliczych nawoływała z ambony ludność do udziału w akcji przeciwgruźliczej.

Staraniem Okręg. Związku Kas chorych uruchomiono w styczniu 1931 r. ruchomą wystawę przeciwgruźliczą.

Komitet zwrócił się do 20 Dyrekcyj banków we Lwowie z prośbą, by wszystkie podania, wpływające do protokołu podawczego Banku zaopatrywane były w znaczek przeciwgruźliczy, oraz by wszystkie Kasy przy wpłatach lub wypłatach gotówki taki znaczek nalepiały. Komitet przyrzekł ofiarować 10% prowizji z uzyskanej ze sprzedaży znaczków gotówki na rzecz zajmujących się tą akcją.

Zwrócono się z prośbą do Prezydjum Izby Przemysłowo-Handlowej w sprawie poparcia Dni Przeciwgruźliczych.

Komitet zwrócił się do Korporacji Gospodnio-Restauracyjnej, do Izby Rękodzielniczej, Izby Skarbowej, Izby Notarjalnej, Izby Lekarskiej, Izby Aptekarskiej i do Izby Adwokackiej z prośbą o rozdzielenie znaczków pomiędzy swoich urzędników i do zaofiarowania swojej klijenteli.

Za staraniem Komitetu Komisarz Okr. Związku Kas chorych wydał okólnik do Kasy chorych miasta Lwowa i do Powiatowej Kasy chorych, by możliwie wszystkie podania przechodzące przez Protokół podawczy Kasy zaopatrywane były w znaczek przeciwgruźliczy i by Kasy przy wpłatach i wypłatach gotówki pobierały kwotę 10 groszy na znaczek przeciwgruźliczy.

Komitet zwrócił się do Kurji Metropolitalnej obrządku łać. i ormiańsk. z prośbą o poparcie Miesiąca przeciwgruźliczego przez przyjęcie pewnej ilości znaczków do zbytu wśród Duchowieństwa.

Znaczki przeciwgruźlicze przesłano Magistratowi miasta Lwowa, Starostwu Grodzkiemu, Sądom za pośrednictwem Pana Prezesa Sądu Apelacyjnego, Akademickiej Opiece Zdrowotnej, Związkowi kupców, Związkowi Kinoteatrów Świetlnych, Żydowskiej Gminie Wyznaniowej, Sekretarjatowi Uniwersytetu J. K.

we Lwowie, Wdowom i sierotom po lekarzach. Ostatniemu Towarzystwu zaofiarował Komitet 40% dochodu za współpracę.

Zwrócono się do następujących Towarzystw z prośbą o poparcie:

T-wo Nauczycieli szkół wyższych, T-wo Zabaw Ruchowych, Czerwony Krzyż, T-wo Przemysłowców naftowych, Centralne przemysłowców, Pracy Obywatelskiej Kobiet, Urzędników Zakł. Ubez. od wypad., Urzędnik. Zakłd. Pensyjnego, Bankowców, Kółek rolniczych, Obrońców Lwowa, Małopol. rolników, Legjonistów Polskich, Gimnastyczne „Sokół", Automobilistów, Żyd. urzędników prywatnych, Związek Kolonij letnich, Rodzina sieroca, Drobnych kupców, Kupców i przemysłowców, Kupców żydowskich, Tikwath Zion, Związku Piłki nożnej, Literatów, Inwalidów, Kupców zbożowych, Farmaceutów, Oficerów rezerwy, Podoficerów rezerwy, Nauczycieli szkół powszech., Muzyków, Bratnia pomoc stud. pol., Two Urzędników przem. drzewn. B. B. W. R. Eks. win włoskich, Właściciele rea'ności, Schodnickie górn. naftowe, Książnica Atlas, Wydawnictwo Lektor, P. A. S. T., Sanatorja: Vita, Czerwony Krzyż, Salus, Związek urzędników gmin, T. O. M., T-wa Muzyczne, Ozon, Fabryka Ajax, Fabryka farb, Fabryka Ferrum Antitubero, Galen, Tlen, Laokoon, Zakłady miejskie, Sądy, Komenda Policji Państw., Rafinerja Olejów, Fabryka octu Helwig, Fabryka papy, Karpaty, T-wo Kred. Ziem., Laboratorjum lekarskie, Żyd. mieszczańskie, Ubezpieczeniowe Vita, Ozon, Cechy rzemieślnicze, Polmin, Philips, Pezet, Pe-pe-ge, Lot, Pilot, Dąbrowa, Syndykat Naftowy, Fabryka wódek Baczewski, Polskie Zakłady Siemensa, Biuro transportowe Schenkel, Silesiana, S. A. dla ekspl. soli potas., Spół. dla przem. naftowego, Vacuum Oil comp. Zakłady Żyrardowskie, Zastawniczy Zakład miejski Galicja, Gazolina, Firma Marconi, Firma Alba. Koncern chmielowy, Fabr. pieców, Plamentin, Fabr. maszyn Zieleniewski, Związek drobnych kup. i handl., Fabryka czekolady, T-wo przemysł. górnośl., Lw. centr. maszyn biur., T-wo Kred. miejskie, T-wo rzemieśln. Jad Charuzim Drukarnie, Pumpsep, Singer et Comp., Ossolineum, Szpitale Zakład Pensyjny, Zakład dla umysłowo chorych, Żydowska Gmina Wyznaniowa.

Niestety w wielu wypadkach doznał Komitet zawodu n. p. Izba Aptekarska złożyła kwotę: 100 zł na akcję Miesiąca Przeciwgruźliczego, znaczków nie przyjęła., ponieważ rozdała aptekom mareczki na cel urządzenia Oddziału farmaceutycznego Uniwersytetu J. K. we Lwowie, które apteki, do obrębu tej Izby należące, obowiązane są naklejać na receptach.

Izba przemysłowo-handlowa ofiarowała 50 zł i oświadczyła, że na znaczki nie reflektuje.

Izba notarjalna i adwokacka nie odpowiedziały.

Komisja Senatu Akademickiego Uniwersytetu J. K. we Lwowie nie przyjęła znaczków do rozsprzedaży dla młodzieży.

Odmówiły pobrania znaczków: Starostwo Grodzkie, Galicyj. Kasa Oszczędności, Gazolina, Assecurazioni Generali, Związki sportowe. Kinoteatry, Czerwony Krzyż, Związek Kupców Polskich, Związek Bankowców, Związek Oficerów, Polmin, Zakłady Siemensa i t. p. Restauracje (niektóre), Hotele (niektóre).

Działalność Kinoteatrów ograniczała się tylko do reklamowania przeźroczami Miesiąca Przeciwgruźliczego, kinoteatry nie zgodziły się nawet o parę groszy podnieść ceny biletów, ani też nie chciały wziąść znaczków przeciwgruźliczych.

Komitet walczył z wielkiemi trudnościami. Mimo, że miesiąc grudzień przeznaczony został na zbiórkę przeciwgruźlicza, w tym miesiącu odbywały się zbiórki na Miesiąc Pomorza na Szkołę Polską, na Dom Inwalidów, na Budowę Domu Zdrowia Akadem., Tydzień Akademicki, L. O. P. P., na Odpowiedź Treviranusowi, na odbudowanie spalonej Trybuny Czarnych i t. d. Wiele jednak wyżej wymienionych instytucyj okazały brak dobrej woli, większa część okupiła się byle czem, tłumacząc się słusznie, że za dużo zbiórek w jednym miesiącu.

W sklepach kupcy okazywali wielką opieszałość. Gdy Panie z Twa Wdów i sierót (po lekarzach) w czasie kupna prosiły o dolepienie znaczka Przeciwgruźliczego, spotykały się przeważnie z odpowiedzią: „Znaczki te są w Kasie, a kasjerki niema", lub „Znaczki się gdzieś zapodziały, proszę wstąpić po znaczek popołudniu" i t. p. A w styczniu kupcy znaczki oddawali często nietknięte.

Sprzedażą znaczka zajęły się gorliwie: Two Walki z gruźlicą, TOZ., Kasy chorych, Szkoły, Władze wojskowe, (D. O. K. i Korpus Kadetów), Magistrat miasta Lwowa, T-wo Wdów i sierót po lekarzach, Żydowski Komitet Opieki nad sierotami.

Poparły wydatnie akcję Miesiąca Przeciwgruźliczego: Zakład dla umysłowo chorych w Kulparkowie, Książnica-Atlas, niektóre Komisarjaty dzielnicowe, Miejskie Zakłady Wodociągowe i Gazowe, Miejski Ośrodek Zdrowia, Uniwersytet, Związek Urzędników Zakładu Ubezpieczeń od wypadków, Firma Musiałowicz i inne.

Wzięły udział w akcji: Banki: Handlowy, Cukrownictwa, Ziemiański, Związ. Spółek Zarobkowych, Gosp. kraj., Polski, Hipoteczny, Naftowy, Ziemian. — F-ma Baczewski, Hotel Europejski, Feniks, Izby Skarbowe, Kurje Metropolit., Laokoon, F-ma Morskie Oko, Księgarnia Połonieckiego, Riunione Adriatica Szkoła Gospodarstwa w Snopkowie, Serovac Szpital powszechny, Sanatorium Salus, F-ma Tranda, F-ma Tespe, F-ma Tlen, Redakcja Wieku Nowego, Związek Cechów, Zakład Pensyjny, Zakład Muzyków, Związek Inwalidów, F-ma Zajączek. Zakład Aprowiz. Miejski, Związek Kupców żydowsk., Fabryka Zieleniewski, Schweitzer — mleczarnia, Państw. Monop. Spiryt., T-wo Ubezpiecz. Vita i wiele innych.

Komitet widząc, że wynik finansowy źle się zapowiada zawiadomił o tem Polski Związek Przeciwgruźliczy w Warszawie z prośbą o radę. W odpowiedzi P. Związek Przeciwgruźliczy oznajmił, że wobec tego można będzie za zezwoleniem Władz Administracyjnych II instancji termin Dni Przeciwgruźliczych przedłużyć. Wobec tego Komitet wniósł za pośrednictwem Terytorjalnego T-wa Przeciwgruźliczego prośbę takową do Urzędu Wojewódzkiego. Urząd Wojewódzki wobec rozpoczęcia sprzedaży znaczków 1 grudnia nie zgodził się na przedłużenie terminu sprzedaży znaczków poza termin przewidziany Instrukcją „Dni Przeciwgruźliczych".

Wobec tego Lwowski Komitet zamknął kampanję Dni Przeciwgruźliczych dnia 10 stycznia 1931 r.

W czasie Miesiąca Przeciwgruźliczego Komitet nie urządzał żadnych imprez dochodowych, jak bale, wieczory towarzyskie lub loterje fantowe.

Akcja Miesiąca Przeciwgruźliczego we Lwowie przedstawia się następująco:

	Rok 1928/29	Rok 1929/30	Rok 1930/31
Pobrano znaczk.	450.000	170.000	175.000
Zwrócono	369.932	66.946	92.939
Sprzedano	80.068	103.054	82.061
Uzyskano	8.006'80 zł	10.899'00 zł	9.259'40 zł
Wydatki i 20% dla P. Z. Przeciwgr.	10.078'75 zł	7.279'98 zł	6.040'08 zł
Czysty dochód	2.071'95 zł	3.619'02 zł	3.219'32 zł

W wydatkach uwzględniono 20% dla Polskiego Związkn Przeciwgruźliczego, wydatki personalne, administracyjne, druki, reklamy, wykłady, koszta wykładów, filmy, zapas druków, na rok przyszły, 10% prowizji i 40% prowizji Twu Wdów i sierót po Lekarzach i Żydowskiemu Komitetowi Opieki nad sierotami.

Dochód 3.219 zł 32 gr w r. 1930/31 rozdzielno:

Twu Walki z gruźlicą	1.609 zł 66 gr.
T. O. Zw. 30%	965 zł 80 gr.
Miejsk. Ośrodkowi Zdrowia	643 zł 86 zł.

Akcja Miesiąca Przeciwgruźliczego na terenie Województwa z wyjątkiem miasta Lwowa przedstawia się następująco:

Pobrano znaczk. przeciwgr.	á 10 gr 274.800	á 20 gr. 78.000
Zwrócono	á 10 gr. 88.039	á 20 gr. 43.331
Sprzedano	á 10 gr. 186.761	á 20 gr. 34.669

Kwota uzyskana ze sprzedaży znaczków wynosi	25.609 zł 90 gr
Z tego 20% przesłane P. Związkowi Przeciwgruźl.	5 121 zł 98 gr
5% na rzecz Terytorjalnego Twa Przeciwgr.	1.280 zł 45 gr
75% pozostałe jako fundusz Komitetów Pow.	19.207 zł 47 gr

Te 75% t. j. kwota 19.207 zł 47 gr. stała się źródłem dochodu Przychodni przeciwgruźliczych i Ośrodków Zdrowia Województwa Lwowskiego.

Dla porównania podaje się dochód z kampanji lat ubiegłych:

20% wysłane do P. Zw. Przeciwgr.	2.020'86 zł	2.587'28 zł	5.121'98 zł
5% dla Terytorj. Twa Przeciwgr.	505'21 zł	646'82 zł	1.280'45 zł
75% własność Pow. Kół walki z gruźl.	7.578'23 zł	9.702'30 zł	19.207'47 zł
Dochód ze sprzedaży znaczków:	10.104'30 zł	12.936'40 zł	25.609'90 zł.

Wzrost całej akcji Miesiąca Przeciwgruźliczego jest w 100% większy, jak w roku ubiegłym, mimo ciężkiej sytuacji gospodarczej kraju. Świadczy to o należytem zrozumieniu doniosłości akcji przeciwgruźliczej przez nasze społeczeństwo. W zakończeniu na-

leży podkreślić szczególne uznanie Polskiemu Twu Higjenicznemu z Prezesem Metzgerem na czele i Komitetowi Powiatowemu w Przemyślu pod przewodnictwem Starosty Michałowskiego za najlepszą organizację Dni Przeciwgruźliczych w Województwie Lwowskiem, dzięki czemu udało się uzyskać w Przemyślu najwyższy wynik akcji i zebrać 3.295 zł 90 gr.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

P. Nobecourt: *Clinique médicale des enfants. Affections des organes hémo-lymphopoietiques et du sang. Masson & Co. Paris.* 1931.

Książka ta stanowi ósmy tom wydawnictwa: *„Clinique médicale des enfants"*, będącego zbiorem wykładów klinicznych prof. Nobecourta. W poprzednich tomach omówił autor: choroby dróg oddechowych, (dwie serje) narządu krążenia, zaburzenia w odżywianiu i wzroście, schorzenia dróg moczowych, układu nerwowego i gruźlicę wieku dziecięcego. Ósmy tom poświęca autor omówieniu chorób krwi i narządów krwiotwórczych.

Zachwyca przedewszystkiem wielka ilość oraz instruktywnie dobrana jakość przedstawianych przypadków. Kilkadziesiąt dokładnych opisów przypadków własnych, oraz wplecione w wykład liczne wzmianki o przypadkach z literatury, to szczodrość zaiste niezwykła.

W formie wykładu klinicznego podaje autor dokładny wywiad o każdym chorym i *status praesens* w dniu przyjęcia, następnie przedstawia dalszy przebieg choroby, omawia rozpoznanie rokowanie i leczenie, nie pomijając również narzucających się zagadnień z zakresu etjologji i patogenezy.

Siedm pierwszych rozdziałów poświęconych jest omówieniu różnych rodzajów anemij. Osobny rozdział traktuje o niedokrwistości u dzieci kiłowych. Dalsze wykłady poświęcone anemjom t. zw. wtórorzędnym. Z kolei omawia anemje ciężkie ze splenomegalją, przedewszystkiem typu Jakscha-Hayema. W dyskusji o wyznaczenie właściwego miejsca i nazwy tego zespołu pozostaje na stanowisku ściśle klinicznem, określa go jako zespół pośredni między białaczką a niedokrwistością ciężką, przyjmuje za Weilem i Clerkiem nomenklaturę: „Splenomegalja z anemją i myelemją". Podkreśla również trudność, jaką w diagnostyce pedjatrycznej sprawia niejednokrotnie rozstrzygnięcie pytania: anemja ciężka czy białaczka, zwłaszcza we wieku niemowlęcym, gdy szpik kostny niezmiernie czynny z łatwością nawraca do funkcji typu zarodkowego. Białaczki omówione dość pobieżnie. W grupie anemji omawia też awitaminozę Barlowa.

Następuje pięć rozdziałów o skazach krwotocznych potraktowanych szeroko. Nie widzę przyczyny, dla której autor rezerwuje nazwę: „zespół Werlhoffa" tylko dla formy ostrej (pochodzenia nieinfekcyjnego) a dla postaci przewlocznych przyjmuję nazwę inną *(purpura idiopathique chronique à grandes ecchymoses)*. Dziwi to tem bardziej, gdy równocześnie daje wyraz świadomości, że wszystkie te formy mają jednakie podłoże patogenetyczne. Wprowadza to niepotrzebny zamęt.

Rozdział dwunasty poświęcony żółtaczce hemolitycznej, trzynasty z dziedziny pogranicznej omawia meno- i metroragje wieku pokwitania. Chorobom gruczołów chłonnych poświęcone są rozdziały następne. Zwłaszcza adenopatje szyjne omawia autor bardzo szczegółowo przeprowadzając znakomicie i wyczerpująco ich diagnostykę różniczkową. W kilku wykładach omawia ziarnicę złośliwą, nie pomija nawet postaci rzadszych, płucnej i opłucnowej. Zamyka książkę wykład o guzach szpiku kostnego.

Dzieło przeznaczone dla studentów i młodych lekarzy jest świetnym pokazem mistrzowskiej obserwacji i głębokiej wiedzy klinicznej. Kilkanaście dobrych rycin, kilka rentgenogramów rysunków schematycznych i wykresów podnosi znacznie jego wartość dydaktyczną. Styl żywy, jasny i prosty czyni tę książkę dostępną nawet tym, którzy stoją na elementarnym stopniu znajomości języka francuskiego.

Jean Cathala: *Pathologie du nourrison*. Masson & Co Paris.

Mała ta książeczka przeznaczona jest w pierwszym rzędzie dla młodych adeptów pedjatrji, którym mówi każda jej stronica, każde niemal zdanie o tej podstawowej, niestety tak często zapoznawanej prawdzie, że ustrój niemowlęcia nie jest tylko minjaturą ustroju człowieka dojrzałego. Wykazuje dobitnie, jak w konsekwencji tego faktu również czynniki chorobotwórcze, ich sposób działania oraz odczyny ustrojowe, zależne są od specjalnych warunków biologicznych, właściwych temu wiekowi. Temat w ten sposób ujęty zmusza czytelnika do myślenia kategorjami biologicznemi. To też słusznie ostrzega autor tych, którzy nie chcą naginać się do takiego rodzaju myślenia, że z jego książki niczego nie skorzystają, bo jej nie będą rozumieć.

Materjał rozdzielił autor na trzy części. W pierwszej mówi o działaniu na ustrój niemowlęcia czynników zewnętrznych. Pomieszcza tu krótkie omówienie zaburzeń odżywiania, wpływy czynników fizycznych, przedewszystkiem termicznych, powietrza i światła, następnie zakażenia, wśród których podkreśla dominującą rolę gruźlicy i kiły. Część drugą poświęca czynnikom wewnątrzustrojowym. Osobny rozdział traktuje o chorobach noworodków. Część trzecia obejmuje krótką semjotykę oraz zarys dietetyki. To wszystko na 184 stronicach, a więc skondensowanie możliwie najbardziej ograniczone do rzeczy najistotniejszych, ale też pogłębione należycie. Dlatego książka ta stanowić będzie idealną wprost lekturę dla tych, którzy lubią *„non multa sed multum"*.

M. Krzyżanowski.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Ginekologja Polska, tom X, zeszyt VII—X, za lipiec — wrzesień 1931: T. Keller: Ciąża, jako czynnik, ujawniający pogotowie chorobowe organizmu. — J. Ryll-Nardzewska: Trzy przypadki włókniaków jajnika. — W. Szenwic: W sprawie zrostów wewnątrzotrzewnych po operacjach ginekologicznych. — J. Leśniowski: Tymczasowe doniesienie o działaniu hemipnonu i innych środków na złagodzenie bólów porodowych. — W. Karnicki: Przypadek włókniaka więzadła obłego macicy. — B. Grzankowski: Kilka myśli w sprawie przerwania ciąży (spędzenia płodu) z punktu widzenia nauki lekarskiej i prawodawstwa. K. Klein: Zagadnienie społeczne zapobiegania ciąży. — H. Wójcicki: Przyczynek do znieczulenia miejscowego perkainą „Ciba". St. Sobieszczański: Zapalenie miedniczek nerkowych podczas ciąży.

Pamiętnik wileńskiego Towarzystwa lekarskiego i Wydziału lekarskiego Uniw. St. Bat., rok VII, zeszyt 4, za lipiec — sierpień 1931: K. Michejda: Ś. p. Dr. Bronisław Sawicki. — A. Safarewicz: Ś. p. Dr. Witold Kieżun. — B. Hanusowicz: Ś. p. Dr. Kazimierz Dąmbrowski. — M. Rose: Zadania współczesnej psychjatrji. — E. Klemczyński: Badania interferometryczne gruczołów wewnętrznego wydzielania w ciąży.

Zdrowie, rok XLVI, nr. 17, z 1 października 1931: J. Danielski: Stanowisko społeczne lekarza wobec obecnych prądów medycyny zapobiegawczej. — H. Sparrow i R. Kaczyński: Sprawozdanie Komitetu szczepień przeciwbłoniczych w Warszawie za czas od dnia 15. I. 1930 do 1. IV. 1931. — Krippendorf: Bieżące zagadnienia społeczne lekarza powiatowego.

Przegląd dentystyczny: rok XI, nr. 9 z września 1931: M. Brill: Szkolna opieka dentystyczna w kraju i zagranicą. — Zeńczak: Racjonalne wyciski dla dostawek płytkowych (c. d.). — G. A. Rosner: Nowy lek dla miejscowego znieczulania, Perkaina „Ciba" i jej zastosowanie.

Młoda matka, nr. 20 z 15 października 1931: M. Stopnicka: Spacery jesienne. — Cz. Hoppe: Wyniki leczenia zdrojowego. — B. Sonnenschein: O wyłuszczeniu migdałków. — J. Wiszniewski: Pielęgnowanie pępka u noworodków. — T. Lewenfiszowa: Dlaczego noworodki sapią? — I. Mackiewiczówna: Grymasy. — C. Bańkowska: Dlaczego dzieci kłamią? — J. Iwo-Hikiertowa: Jak należy czytać naszym dzieciom? —

Przemysł chemiczny: Nr. 19. i 20 z października 1931: B. Roga: Z badań fizyko-chemicznych nad różnemi typami węgli koksujących. — Haller: Chemia koloidów a uszlachetnianie włókna.

Nowiny Lekarskie, rok XLIII, nr. 20 z 15 października 1931: Schilling — Siengalewicz i Biełoszabski: Zastosowanie odczynu Kumagai i Yanabashi w badaniach nad niektóremi gruczołami dokrewnego wydzielania. — Z. Dziembowski: Zapalenie otrzewnej z obecnością obfitej ilości żółci w jamie brzusznej bez przedziurawienia dróg żółciowych. — J. Zienkiewicz: Z kazuistyki wrodzonej kiły wątroby u dzieci. — S. Okoniewski: Patologja i terapja ostrej rzeżączki męskiej cewki moczowej w świetle nowoczesnych badań (dok.).

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 42, z 15 października 1931: L. Prussak: O postaci rodzinnej stwardnienia rozsianego (dok.). — B. Glass: Z kazuistyki gruźlicy: 1) Kiedy w leczeniu odmowem gruźlicy płuc należy z niego zrezygnować? J. Penson: Cukrzyca wysepkowa i insulinooporna. (Streszcz. pogl. — St. Adamowiczowa: Wyludniająca się wieś europejska.

Przegląd Trachomatologiczny, rok I, nr. 2, z r. 1931: W. Kapuściński: Jaglica. Objawy kliniczne i przebieg. — M. Milewska: Olej czolmogromowy (Ol. chaulmoagrae) w leczeniu jaglicy.

Kosmos, rocznik LV, zeszyt III—IV. z r. 1930: E. Stenz i H. Orkisz: O pracach magnetycznych Instytutu geofizycznego Uniw. J. K. we Lwowie w latach 1928—1929. — H. Arctowski i I. Gottlieb: O zmianach zachodzących w składzie ropy w ciągu eksploatacji szybów i uwagi odnoszące się do destylacji metodą Englera. — H. Arctowski i I. Gottlieb: O ropach Majdanu, Rosólnej, Kosmacza, Jabłonki i Rypnego. — H. Arctowski i I. Gottlieb: O ropach Paszowej, Ropienki, Wańkowej, Brelikowa, Kiczer, Leszczowatego i Łodyny. — H. Arctowski i R. Jaworski: O ropach Harklowej w Pagoszyny. — E. Stenz: O rozkładzie geograficznym usłonecznienia w Polsce. — S. Zych i M. Czerniewicz. Wahania temperatury w Ameryce Południowej w latach 1910 — 1919. — J. Borowik: Kilka przyczynków stwierdzających oddziaływanie Wisły na stosunki w Zatoce Gdańskiej. — J. Wdowiarz: Szkic geologiczny Karpat między przełęczą Dukielską a Ostawicą-Ostawą. — B. Pawłowski: Spis ważniejszych roślin znalezionych w Tatrach słowackich w grupie Siwego Wierchu i u jej podnóża. — Ks. Fr. Wawrzyniak: Mikroflora denna Jeziora Lednicy. — I. Mądalski: Notatki florystyczne. — W. Tymrakiewicz: Reliktowe stanowisko Warzuchy pirenejskiej Cochlearia pyrenaica D. C. var. eupyrenaica Thell u. źródlisk Bugu. — B. Bryński: Przyczynek do znajomości wpływu wiatrów na wzrost drzew. — Z. Fedorowicz: Żaba zwinka (Rana agiles Thom.) z Nieświeża.

Lekarz Wojskowy, tom 18, nr. 7, z października 1931: Wł. Dzierzyński: Układ roślinny i jego zespoły kliniczne. — L. Krzewiński: Toksykologja tlenku węgla. — K. Karnicki: Przypadek śluzakowłókniaka oczodołu. — St. Kon i Z. Markuze: Sprawozdanie z działalności stacji badania wartości odżywczej produktów spożywczych za rok 1930. — J. Hauslinger: Sprawozdanie z przebiegu egzaminu wstępnego do Szkoły podchorążych sanitarnych w roku 1931. — St. Rondomański: Digitol i Convallex Spiess'a w przebiegu chorób zakaźnych. — Zjazdy: IV ogólno-polski zjazd przeciwgruźliczy w Zakopanem.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok V, nr. 20 z 15 października 1931: Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego. — J. Bednarski: Potrzeba organizacji zawodowej lekarzy.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 42, z 18 października 1931: J. Filipczak: Sporysz — Secale cornutum. — Sprawy zawodowe.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Bratislavské Lekárske Listy.

Zeszyt 3 (marzec) 1931.

J. Jakšy: *O czynnościowej diagnostyce nerek w przypadkach przerostu stercza.* U 50 chorych z przerostem stercza przeprowadzano czynnościowe badanie nerek zapomocą oznaczania ilości mocznika we krwi oraz stałej Ambarda i odczynu fenolsulfoftaleinowego. Otrzymane wartości porównywano ze sobą oraz ze stanem klinicznym. U każdego chorego powtarzano kilkakrotnie badanie a zyskane wartości były kontrolowane szczegółowo i graficznie znaczone.

Autor dochodzi do przekonania, że do badania czynnościowego nerek u chorych na przerost stercza najlepszą okazała się fenolsulfoftaleina.

Wadą stałej Ambarda jest trudna technika i długie badanie: wartości otrzymywane nie są dokładne.

Również oznaczanie ilości mocznika nie posiada wielkiej wartości.

Natomiast ilość fenolsulfoftaleiny we krwi jest znaną a stosunek wstrzykniętej ilości i wydalonej jest dokładny. Tylko w przypadkach uszkodzenia narządu krążenia i wątroby znajduje się wartości niższe, pomimo prawidłowej czynności nerek. Jednak te stany chorobowe są znane, jako bezwzględne przeciwwskazania do zabiegu chirurgicznego.

Operację przeprowadzano zawsze w przypadkach, w których wydalanie fenolsulfoftaleiny w ciągu 70 minut przekracza przynajmniej 40%. Operowani przy wartościach wyższych nie wykazywali po operacji żadnych powikłań ze strony nerek. Dlatego gorąco poleca autor odczyn fenolsulfoftaleinowy, jako środek pomocniczy przy oznaczaniu czynności nerek u chorych na przerost stercza.

Dr. Ungar (Lwów).

Časopis Lékařů Českých.

Zeszyt 12. 1931.

Tomanek: *Jak przeszkodzić powstawaniu „jachymowskiego" raka płuc.* Według pracy Šikla i Pirchana (1930) umarło na 400 obecnych i dawniejszych robotników państwowych kopalń rud uranowych, z których wydobywa się rad, w ostatnich dwóch latach 17 śmiercią naturalną, 9 z nich t. j. 53% umarło z powodu raka płuc. Löwy (1929) opisuje jeszcze 2 przypadki śmiertelne u robotników jachymowskich z powodu raka płuc. Rak płuc w tych przypadkach, ani swym przebiegiem, ani też anatomo-patologicznie nie różni się od innych raków płuc. Dotychczasowe badania kliniczne wykazują, że jako przyczynę tego schorzenia uważać należy emanację radową.

A. Gutwirth: *Znaczenie zakażenia mieszanego w przypadkach gruźlicy płuc.* Na podstawie spostrzeżeń własnych, które zgadzają się z wynikami Bezançona i Chevalleya, Cordiera, Avery'ego i Lyalla, Halla i Harveya, Platonofa i Morosa dochodzi autor do wniosków:

1) Plwocina chorych na gruźlicę zawiera oprócz prątków Kocha jeszcze znaczne ilości innych, najrozmaitszych drobnoustrojów, które nie posiadają wpływu czynnego na swoisty proces chorobowy. W plwocinie znajdują się, jako „goście" niechorobotwórcze drobnoustroje jamy ustnej i górnych dróg oddechowych. Dowodem na to są w przeważnej części ujemne wyniki drobnowidowe przemytej plwociny. Wyniki dodatnie osiągnięte przy hodowli przemytej plwociny przez Bezançona i Chevalleya, są wątpliwej wartości z powodu niedokładnej metody.

2) Bakterjologiczne badanie krwi, które uważać należy za główny dowód mieszanego zakażenia, w nieznacznej zaledwie ilości przypadków jest dodatniem.

3) Mieszane zakażenie w przypadkach gruźlicy płuc jest zjawiskiem stosunkowo rzadkiem a w przeważającej liczbie przypadków nie posiada rozstrzygającego wpływu na przebieg choroby. Mimo to należy bacznie zważać, by chorzy na gruźlicę unikali zakażenia mieszanego, i by nie lekceważyć nieswoistych schorzeń dróg oddechowych u tych chorych.

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo francuskie.

Revue Belge des Sciences Médicales, Louvain.

Nr. 2. 1930. (Nov.).

J. Bottin: *Odczyn czerwieni obojętnej Roffa w rozpoznawaniu raka.* Autor podaje piśmiennictwo, w którym szereg autorów opisuje wyniki swych badań o wartości rozpoznawczej odczynu Roffa. Ogólna liczba spostrzeżeń obejmuje 1211 przypadków raka. W tych przypadkach odczyn był dodatni w 70.5%. Na 3.807 przypadków schorzeń innych znaleziono dodatni odczyn w 13.4%. Własne doświadczenia autora obejmują 140 przypadków raka. W 89 (63.57%) przypadkach odczyn był dodatni zaś w 50 (35.71%) ujemny. Na 140 przypadków schorzeń innych widział w 45 odczyn dodatni (32.14%), a w 89 ujemny (63.57%). Autor sądzi, że odczyn Roffa posiada małą praktyczną wartość rozpoznawczą. Prowadził jednak dalej swe doświadczenia, by się przekonać, czy odczyn ten może rzucić pewne światło na uszkodzenia, wywołane w ustroju przez raka albo na stany, prowadzące do powstania raka. Znalazł, że znaczna zawartość dwutlenku węgla we krwi ułatwia jego powstanie oraz, że odczyn ten występuje bardzo często i to bardzo wyraźnie w stanach charłaczych, nawet gdy charłactwo nie jest bezpośrednio związane z rakiem.

Dr. Ungar (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół Zebrania naukowego z dnia 20 maja 1931 r.

1. Kol. Nasiłowski: *Pokaz niemowlęcia 6-cio miesięcznego (opistotonus).*

2. Kol. Puterman: Przedstawił 38-letnią pacjentkę *z cierpieniem mózgowem* o następującym zespole objawów: *cephalaea, ophtalmoplegia dextra incompleta, epilepsia, climacterium praecox, polydipsia,* brak odczynów swoistych dla kiły zarówno ze krwi, jak i z płynu mózgowo-rdzeniowego, niedrożność obu komór bocznych oraz przestrzeni podpajęczynówkowej po stronie lewej półkuli (orzeczenie encefalograficzne).

Ze względu na trudność oceny związku pomiędzy poszczególnemi objawami i wobec krótkotrwałości obserwacji chorej

Kol. Puterman wstrzymuje się z orzeczeniem o rozpoznaniu, rokowaniu i leczeniu do czasu bliższego zapoznania się z patogenezą cierpienia.

Kol. Osiński objaśnia zdjęcie encefalograficzne.

3) Kol. Trawiński pokazuje: a) mężczyznę lat 23 w 1 rok *po zeszyciu nerwu promieniowego, przerwanego całkowicie.* Do pól roku po operacji nie znać było żadnej poprawy, potem zaczęły ustępować zaburzenia czuciowe, a wreszcie zaznaczył się powrót ruchów. Obecnie sprawność kończyny wróciła do normy, pozostaje tylko pewne osłabienie siły mięśniowej. Przebieg choroby od początku do końca kontrolowany był wspólnie z neurologiem (Kol. Ingster), który też prowadził elektryzację.

b) Wygłasza odczyt na temat: *„Wczesne rozpoznawanie raka żołądka"*. Pokazuje przytem chorą lat 54, u której przed 2 miesiącami dokonał rozległego wycięcia żołądka z powodu raka odźwiernika (Mikroskopowo *adenocarcinoma* — badanie Kol. Sztuki). Obecnie chora szybko powraca do zdrowia, dolegliwości ustąpiły, dużo chodzi, przybiera na wadze.

c) Pokazuje mężczyznę lat 24, u którego przed 5-ciu tygodniami dokonał *nastawienia złamania kości ramieniowej.* Było to złamanie poprzeczne z dużem przemieszczeniem, które się jeszcze potęgowało przy byle poruszeniu kończyną. Jak widać na załączonych rentgenogramach zrost nastąpił i w ustawieniu idealnem. Czynnościowo, dzięki wczesnemu i umiejętnemu leczeniu mobilizacyjnemu — nastąpił powrót do normy.

4. Kol. Ficenes przedstawia pacjentkę po *przebyciu operacji dużych ropniaków przydatkowych,* oraz preparaty *3 ciąży zewnątrzmacicznych.*

5. Kol. Gawlik: a) pokazuje 14-letnią dziewczynę ze *spondylitis t. b. c. cervicalis i martwiakiem,* z upośledzeniem ruchów głowy, chora od 6 lat; w ciągu 2 lat przybyło jej wagi 16 kg.

b) Chorego ze *zmianami gruźliczemi w kościach miednicy w okolicy stawu krokowego,* oraz chorego z *osteochondritis juvenilis.*

6. Następnie Kol. Gawlik wygłasza odczyt *o wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy kostno-stawowej.*

Dyskusję nad wygłoszonym odczytem ze względu na późną porę odłożono do następnego zebrania.

Sekretarz: *Dr. F. Sztuka.*

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 23 czerwca 1931 r.

1) Protokół posiedzenia naukowego z dn. 9. VI. 1931 r. przyjęto.

2) Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do Bibljoteki T-wa.

3) Kol. Prezes odczytał odezwę Komitetu niesienia pomocy powodzianom ziemi Wileńskiej i prosił obecnych o zapisywanie ofiar na listę.

4) Kol. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie o ś. p. D-rze Władysławie Dobrzyńskim (streszczenie własne).

Dnia 17 czerwca r. 1931 zmarł w Warszawie po krótkich cierpieniach Dr. Władysław Dobrzyński, członek czynny Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego od r. 1910. Ś. p. Władysław Dobrzyński urodził się w r. 1859 w Płocku, tam uczęszczał do gimnazjum, które ukończył w r. 1877 i w tym też roku wstąpił do Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył w r. 1885. Po opuszczeniu Uniwersytetu udał się na półtoraroczne studja do Wiednia z zakresu pedjatrji, akuszerji i chorób wewnętrznych. W roku 1888 rozpoczął praktykę lekarską w Warszawie. Oddany ciężkiej, uczciwej pracy zawodowej, nie zapominał ś. p. Dobrzyński o obowiązkach obywatelskich i wszystkie wolne chwile poświęcał jednemu z najważniejszych zadań higjeny społecznej — jaką jest nierozwiązana od 2000 lat sprawa mieszkaniowa — tego najważniejszego problemu higjeny zarówno fizycznej, jak i moralnej. Człowiekiem był dobrym, współczującym gorąco cierpieniom bliźniego, wrażliwym również na niedomagania społeczne. Kolegą był szczerym, lekarzem pilnie strzegącym godności zawodu. Cześć jego pamięci, którą uczcijmy przez powstanie!

Drukiem ogłosił: 1) Kilka słów w kwestji oczyszczania i zraszania ulic oraz usuwania odpadków domowych. 2) Co robimy, a co robić należy z odpadkami domowemi. 3) O paleniu odpadków m. Warszawy. 4) Nowoczesne poglądy na sprawę mieszkań warstw niezamożnych. 5) O miastach przyszłości *(Garten Citios).* 6) Jeszcze o miastach przyszłości, w kwestji oczyszczania i zraszania ulic oraz usuwania odpadków miejskich rok 1889. 7) Kilka ważnych zadań w związku z reformą mieszkaniową, rok 1921. 8) Polityka osiedleńczo-mieszkaniowa w zastosowaniu do potrzeb Polski.

5) Kol. Wicesekretarz zawiadomił o przyznaniu przez Zarząd stypendjum im. ś. p .Dra Zielińskiego w wysokości 2.000 zł. kol. K. Dębickiemu, asystentowi oddziału chirurgicznego Szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze (Warszawa).

Kol. Bratkowski E. wygłosił odczyt p. t.: „Z kazuistyki nowotworów serca" (streszczenia własnego nie nadesłał).

Dyskusja. Kol. Orłowski podkreśla trudność rozpoznania klinicznego nowotworów serca. Nie wykazują one bowiem objawów swoistych, właściwych temu cierpieniu. Znaczenie badań interferometrycznych ne jest jeszcze pewne. Dlatego też rozpoznanie jest zawsze tylko przypuszczalne. Szybko rozwijająca się niedrożność żył szyjnych oraz krwotoczne zapalenie wysiękowe osierdzia, nie wywołane ani przez gruźlicę, ani przez gnilec, może wskazywać na nowotwór serca.

Kol. Sterling-Okuniewski (streszczenie własne). Zwraca uwagę na spostrzeżenia autorów japońskich, że częstość nowotworów serca jest większa, niż się naogół przypuszcza, zwłaszcza w Japonji, gdzie jest znacznie większa, niż w innych krajach europejskich lub amerykańskich. Co do rozpoznania, to naogół nastręcza ono zawsze trudności ze względu na rozmaitość umiejscowienia się guza.

Kol. Kaliciński przytacza dane statystyczne materjału sekcyjnego Szpitala Szkolnego w Warszawie. Wśród 2995 sekcyj klinicznych spostrzegano ogółem 134 przypadki nowotworów, z tej liczby 11 dotyczyło serca. W 10 przypadkach były to nowotwory wtórne (nowotwory pierwotne 1, rak trzustki, 5 mięsaków kości, 4 mięsaki śródpiersia), a tylko 1 pierwotny.

Kol. Bratkowski zgadza się co do trudności rozpoznania klinicznego. Z ogłoszonych przypadków zaledwie 2 były rozpoznane za życia, na podstawie porównania krzywej poligraficznej przedsionków serca, wykreślonej przez przełyk z krzywą żył szyjnych. Metoda interferometryczna jest bardzo trudna i złożona. Prawdopodobnie w przyszłości będzie miała zastosowanie dla rozpoznawania nowotworów i innych narządów.

7) Kol. Sterling-Okuniewski St. wygłosił odczyt o „Próbach leczenia niektórych spraw zakaźnych emanacją radową". (patrz str. 867).

Dyskusja. Kol. Orłowski na podstawie doświadczenia życiowego radzi wielką ostrożność w ocenie spostrzeganych faktów. Przytacza z historji lecznictwa dużo sposobów leczenia różnych schorzeń, które to sposoby pomimo początkowo, zdawałoby się, bardzo dobrych wyników, zostały dzisiaj zupełnie zarzucone. Ma pewne zastrzeżenia co do niektórych z przytoczonych przypadków: są one mało przekonywujące, np. przypadek prosówki leczonej obok emanacji radowej, także aurosanem, a gdzie spadek ciepłoty mógł zależeć od tego ostatniego. Nawołuje zatem do ostrożności w ocenie wyników i do zgromadzenia większej liczby przypadków. Podkreśla jednocześnie konieczność dalszych spostrzeżeń przez innych kolegów, celem uniknięcia zbyt podmiotowej oceny.

Kol. Sterling-Okuniewski (streszczenie własne). Już sam tytuł dzisiejszego referatu: „próby i t. d." wskazuje z jaką ostrożnością prelegent traktuje swoje spostrzeżenie, poza tem każdy przypadek kończył referent niemożnością rozstrzygnięcia, czy *„post"* czy *„propter"*, używając nawet tych słów łacińskich. Wszystko to chyba przemawia dostatecznie za wielką oględnością z jaką wyrażał się o swych próbach stosowania alfa-terapji.

Co do przypadku prosówki (chory szpitalny Kol. Wszelakiego), to istotnie otrzymał on aurosan, ale w okresie wstrzykiwań emanacji, których choremu zastosowano 5 razy w ciągu 3 tygodni, podano wszystkiego 0,35 g aurosanu; ponieważ jednak właśnie już od 2-go zastosowania radonu ciepłota wyraźnie spadła, a samopoczucie chorego stawało się coraz lepsze, przeto raczej alfaterapji, niż minimalnym dawkom aurosanu, należałoby przypisać wpływ leczniczy w tym przypadku.

8) Kol. Zajdenbajtel St. omawia „Fizjologję i patologję nadnerczy ze szczególnem uwzględnieniem choroby Addisona" (streszczenie własne). Autor spostrzegał na I Klinice Chorób Wewnętrznych U. W. przed trzema laty przypadek zespołu choroby Addisona bez zmian anatomicznych w nadnerczach.

Chory l. 52, z zawodu szewc, zgłosił się do Kliniki ze skargami: na ogólne osłabienie, nieznaczne bóle rozlane w jamie brzusznej, nie stojące w związku z jakością i ilością przyjmowanych pokarmów, kaszel połączony z odpluwaniem śluzowo-ropnej plwociny. Skargi te datuje od kilku miesięcy, ostatnio się bardzo nasilają zwłaszcza, osłabienie ogólne. Przedtem nigdy poważnie nie chorował. W 21-ym roku życia owrzodzenie twarde na prąciu. Nie leczył się. Pił alkohol w dużych ilościach. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Przy badaniu stwierdzono następujące odstępstwa od normy: ciemno-bronzowe zabarwienie powłok skórnych, nieliczne ciemne plamki na błonie śluzowej jamy ustnej od strony policzków, rozszerzone granice serca, głuche tony, przyśpieszone od 90 do 120 miarowe, drobne tętno, rozedmę płuc, zastoinowy nieżyt oskrzelowy, podłużne rozstrzenie oskrzeli w dolnych płatach, okrągłą bliznę na prąciu. Z badań dodatkowych laboratoryjnych: ciśnienie krwi Mx od 80 -90 mm Hg, Mn — 35 — 40 mm Hg, ciepłota wahała się od

35.3° do 36.5°. W moczu ślady białka i urobilinogenu. Plwocina śluzowo-ropna; prątków Kocha w kilkakrotnych badaniach z homogenizacją nie wykryto. Poziom cukru we krwi na czczo wynosił 54 mg %. Mocznik, kwas moczowy w surowicy w granicach prawidłowych. Morfologja krwi — nieznaczna wtórna niedokrwistość. Odczyn Wassermanna z krwi ujemny. Leczenie przeciwkiłowe bezskuteczne, wobec czego chory otrzymywał zastrzyki z adrenaliny, strychniny, olejku kamforowego. Sekcja zmian anatomo-patologicznych w nadnerczach nie stwierdziła, natomiast znaleziono zwyrodnienie mięśnia sercowego (z wszelkiemi następstwami z zwyrodnienia tego wypływającemi). Badania drobnowidowe z nadnerczy, nerki i wątroby wykazały tylko zastoje. Poza tem zanik tarczycy oraz jąder.

Następnie autor przechodzi do omówienia krótkiego zarysu historycznego nauki o nadnerczach oraz do badań doświadczalnych nad rolą nadnerczy dla ustroju. Z badań tych można było ustalić, że:

1. nadnercza stanowią główny narząd układu chromochłonnego, do którego należą jeszcze: układ zwojów i nerwów sympatycznych, oraz tak zwane *ganglion caroticum, coccygeum* i *paraganglia*.

2. oprócz wyodrębnionej i stosowanej szeroko adrenaliny, produktu istoty rdzeniowej nadnercza, produkują jeszcze ciała z grupy lipoidów, których rola zdaje się być antytoksyczna.

3. nadnercza utrzymują *„tonus"* naczyń i mięśnia sercowego, regulują przemianę węglowodanową, być może i barwikową i wpływają na ustalenie się cech płciowych. Przechodząc do omówienia patologji nadnerczy autor odróżnia chorobę Addisona, gdzie na sekcji stwierdza się zmiany w nadnerczach, względnie w dużych zwojach współczulnych, od zespołu Addisona przy innych cierpieniach ustroju, gdzie tych zmian w nadnerczach brak. Najczęściej chorobę Addisona wywołuje postępująca destrukcja nadnerczy, przeważnie na tle gruźlicy. Kwestja nadczynności nadnerczy jest stosunkowo mało opracowana, zwłaszcza, klinicznie. Z schorzeń nadnerczy, jako schorzeń wielogruczołowych, najdokładniej opracowany jest zespół nadnerczowo-płciowy.

Dyskusja. Kol. M a ń k o w s k i wypełnia przerwy w historji badań nad nadnerczami, przytaczając prace Szymonowicza, Takamino i własne. Podaje, że w roku 1897 i 1898 udało mu się wykazać doświadczalnie szkodliwość wyciągu nadnerczy, nawet już przy zastosowaniu małych dawek. Z drugiej strony wyciąg ten przywracał do życia zwierzęta, zabijane uśpieniem chloroformowem. Prace te zostały jednak zupełnie zapomniane, a główne zasługi przypisano Sergent'owi. Choroba Addisona ma pewien odpowiednik w zmianach anatomo-patologicznych w nadnerczach (najczęściej gruźlica). Poza tem zwraca uwagę na związek tarczycy z nadnerczami, (prace Malowiczenki, 1917 r.).

Kol. W. O r ł o w s k i uważa za bardzo wielki błąd rozpoznawanie cierpień tylko na podstawie jednego objawu. Nie może również zgodzić się z twierdzeniem, by choroba Addisona była „ostra". Z omówienia przypadku nie wyciągnięto żadnych wniosków. Przypadek ten jest ciekawy ze względu na brak zmian histologicznych w nadnerczach. Co było zatem przyczyną choroby Addisona, czy zmiany czynnościowe w nadnerczach, czy też zanik tarczycy i jąder.

Kol. Z a j d e n b a j t e l podkreśla, że w omawianym przypadku ciekawy jest związek nadnerczy z tarczycą i jądrami, (zaniki). Zespół Addisona mógł zależeć od wyczerpania układu chromochłonnego w związku z zakażeniem kiłowem, albo też mógł zależeć od wiądu tarczycy i jąder.

Można zatem wyciągnąć wniosek, że w przypadku schorzeń jednego z gruczołów wydzielania wewnętrznego, należy badać wszystkie gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem.

Zast. Sekr. Doroczn.: *K. Chodkowski.* Prezes: *W. Orłowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

R u c h s ł u ż b o w y w P a ń s t w o w e j S ł u ż b i e Z d r o w i a za miesiąc wrzesień 1931 r. w P a ń s t w o w y c h Z a k ł a d a c h S ł u ż b y Z d r o w i a. Z w o l n i e n i: Wójcicka Zofja, prowizoryczny sekretarz w IX st. sł. w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie, na własną prośbę z dn. 30. IX. 1931 r. dekretem z dn. 8. IX. 1931 r. — W e W ł a d z a c h I i n s t a n c j i. Z w o l n i e n i: Dr. S k o w r o ń s k i Marjan, lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Toruniu, na własną prośbę z dn. 30. IX. 1931 r. dekretem z dn. 23. VII. 1931 r. — P r z e n i e s i e n i: Dr. Zieliński Stanisław, lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Kopyczyńcach, na takież stanowisko i w dotychczasowym st. sł. do Starostwa powiatowego w Czortkowie, dekretem z dn. 25. IX. 1931 r.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e T o w a r z y s t w a L e k a r s k i e g o W a r s z a w s k i e g o odbyło się we wtorek dn. 27 października 1931 r. o godz. 8 wiecz. Na porządku dziennym: 1) I. Sznajderman. Przypadek połowiczej niepotliwości twarzy. 2) K. Wagner. Przyczynek do symptomatologji zwężenia i zamknięcia światła żyły próżnej górnej. 3) W. Markert. Rola amonjaku w kwasicy doświadczalnej.

P r o g r a m III. z j a z d u P o l s k. T o w. O r t o p e d y c z n e g o. Dn. 8—9 listopada 1931 r. I Szpital okręgowy im. Marszałka Piłsudskiego, Warszawa, Nowowiejska 33. Telefony: 8-23-54 i 8-23-35. Tramwaje: 17, 25 i Z. — Niedziela 8, XI. 1931. Godz. 9-ta. Otwarcie Zjazdu. Godz. 9½. I. Posiedzenie naukowe (temat programowy). (złamania szyjki kości udowej). Referenci: Doc. Adam Gruca (Lwów). — Część anatomiczna. Dr. Michał Grobelski (Poznań). — Część kliniczna. Do dyskusji zapisani: 1) Doc. F. Raszeja i Dr. K. Stojałowski (Poznań). — W sprawie zmian histopatologicznych w złamaniach przyśrodkowych szyjki kości udowej. 2) Doc. F. Raszeja (Poznań). — Złamania szyjki kości udowej na materjale oddziału chirurgicznego szpitala miejskiego w Poznaniu. 3) Dr. Marjan Oszwałdowski (Toruń). — Wyniki leczenia złamań szyjki kości udowej na podstawie materjału szpitala miejskiego w Toruniu. 4) Dr. Leon Kalina (Warszawa). 5) Dr. K. Kessel (Warszawa). Przypadek złamania szyjki kości udowej, leczony operacyjnie. 6) Doc. J. Rutkowski (Warszawa). Godz. 15. Walne Zebranie członków P. T. O. Godz. 16. II. Posiedzenie naukowe (Godz. 16—19). 1) Doc. Raszeja (Poznań). — Z badań doświadczalnych nad histologją i histofizjologją stawów. 2) Dr. S. Rubinrot (Warszawa). Radjoterapja zapalenia stawów. 3) Dr. T. Wiśniewski (Warszawa). Prostowanie krzywiczych zmian kończyn sposobem niekrwawym. 4) Dr. H. Cetkowski (Poznań). — Doświadczenia w zakresie złamań podudzia w dolnej trzeciej części. 5) Dr. H. Levittoux (Warszawa). — Postępowanie w złamaniach otwartych. 6) Dr. F. Krajewski (Warszawa). — Złamania kości łódkowej garstka. 7) Dr. N. Piwko i Dr. N. Mesz (Warszawa). Rola chrząstki międzykręgowej. 8) Dr. L. Kalina (Warszawa). — Osteomyelitis vertebrae pneumococcica. 9) Doc. J. Rutkowski (Warszawa). — Sakralizacja 5-go kręgu lędźwiowego.

Poniedziałek 9. XI. 1931 r. Godz. 8. Zwiedzenie Zakładu Przyrodoleczniczego im. Marszałka Piłsudskiego. Godz. 9. III. Posiedzenie naukowe. (9—13). 1) Dr. W. Dega (Poznań). — Wyniki plastyki daszka panewki. (Z pokazami przeźroczy). 2) Doc. J. Rutkowski (Warszawa). — Przypadek oderwania kolca przedniego górnego kości biodrowej. 3) Dr. S. Tennenbaum (Lwów). — Przyczynek do kazuistyki i leczenia niedomogi stopy. 4) Dr. J. Zaremba (Kraków). Astragalectomja i jej zastosowanie w ortopedji. 5) Dr. J. Wolszczan (Poznań). — O schorzeniu Köhlera stawów śródstopopalcowych. 6) Dr. B. Sabat (Warszawa). — Przyczynek do poznania marmurowatości kości (choroby Albers-Schönberga) (z pokazem przeźroczy). 7) Dr. B. Sabat i Dr. J. Roguski. — Przypadek chrząstniakowatości kości połowiczej (choroby Ollier'a), (z pokazem przeźroczy). 8) Dr. J. Wolszczan (Poznań). — Pokaz ręcznego świdra kostnego. 9) Doc. A. Wojciechowski (Warszawa). — Artrodeza stawu biodrowego (pokaz). — Posiedzenia rozpoczynają się punktualnie.

P o l s k i e T o w a r z y s t w o O t o - l a r y n g o l o g i c z n e. Posiedzenie naukowe Polskiego Towarzystwa Oto-Laryngologicznego odbyło się dn. 29 października b. r. o godz. 20-ej w Zakładzie leczniczym Dr. Czarneckiego przy ul. Zgoda 8. Porządek dzienny: 1) Demonstracje chorych. 2) Odczytanie protokółu poprzedniego posiedzenia. 3) S. Meyerson — Przypadek raka krtani, spostrzegany od początku jego powstania. 4) J. Czarnecki — Sprawozdanie ze Zjazdu laryngologów Jugosławji, odbytego w Zagrzebiu. 5) L. Zamenhof — Głuchota pod względem społecznym i lekarskim. 6) Wolne wnioski.

Kraków.

O d z n a c z e n i e Prof. Dr. W a c h h o l z a. Kongres międzynarodowego Towarzystwa sądowo-lekarskiego w Chicago na wniosek prof. Miloslawicza z uniwersytetu w Wisconsin U. S. A. — mianował jednomyślnie swym członkiem honorowym profesora Wszechnicy Jagiellońskiej Dra Leona Wachholza.

Dnia 3-go października b. r. odbyło się w Państwowym Szpitalu św. Łazarza w Krakowie pożegnanie Prymarjusza oddziału położniczego i chorób kobiecych, Prof. Dr. Januarego Z u b r z y c k i e g o, który dnia 1-go b. r. powołany został na katedrę położnictwa i ginekologji Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Szpital św. Łazarza z żalem rozstawał się z ustępującym prymarjuszem, gdyż traci w Nim nadzwyczaj dzielnego pracownika, który prowadził oddział na wysokim poziomie tak pod względem operacyjnym,

leczniczym jak i naukowym. Poza tem Prof. Dr. J. Zubrzycki pełnił funkcję stałego zastępcy dyrektora szpitala św. Łazarza, a w ostatnich czasach prowadził szpital przez kilka miesięcy, podczas których dał się poznać jako znakomity organizator i administrator. Największe jednak zasługi położył w odbudowie, a właściwie stworzeniu nowego oddziału. W 1923 roku obejmując oddział, który pozostawiał dużo do życzenia z wielu względów, zastał go ulokowanym w drewnianym baraku i starym gmachu poklasztornym. Pomimo ciężkich warunków, dzięki staraniom Jego, dobudowano nową salę operacyjną, zbudowaną według najnowszych wzorów, salę porodową i kilka sal dla chorych, wyposażone hojnie i odpowiadające najnowszym wymogom techniki i higjeny. Przy licznym udziale lekarzy, urzędników szpitala i S. S. Miłosierdzia żegnali Go Dyrektor Dr. Topolnicki, imieniem prymarjuszy Prof. Dr. Tempka, imieniem lekarzy oddziałowych, zastępca prymarjusza, Dr. Uhma. Wszyscy w swych przemówieniach, życząc Mu długich lat owocnej pracy na nowej placówce naukowej, podnieśli zgodnie Jego zasługi dla szpitala i oddziału, jak również i zalety Jego charakteru i ducha, które zjednały Mu sympatję i poważanie wśród całego świata lekarskiego.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę dnia 28 października b. r. odbyło się zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego z następującym porządkiem dziennym: Doc. Dr. Artwiński i Dr. Gradziński. O leczeniu porażenia postępującego.

Kurs pedagogiczny dla lekarzy. Z inicjatywy Okręgowego Związku Kas chorych w Krakowie, dnia 19. X. rozpoczął się wieczorny tygodniowy Kurs przeciwgazowy dla lekarzy Kasy chorych w Krakowie. Na kursie wykładali p. prof. Marchlewski i płk. Dr. Henoch. W najbliższym czasie kurs będzie powtórzony dla lekarzy Kas chorych z prowincji tak, żeby wszyscy lekarze kasowi mogli się zapoznać z ratownictwem przeciwgazowem.

Szkoła Zdrowia. W październiku rozpoczęła Szkoła Zdrowia Okręgowego Związku Kas chorych w Krakowie drugi rok swojej działalności odczytem Dra H. Biernackiego p. t.: „Gruźlica i jej zwalczanie". Z kolei drugi odczyt wygłosił Dr. Medyński p. t.: „Dlaczego jesteśmy nerwowi?".

Wystawa przeciwalkoholowa. Staraniem Okręgowego Związku Kas chorych i Kasy chorych w Krakowie otwarto 11. X. w sali kolumnowej Związku młodzieży ul. Skarbowa L. 2. (róg ul. Krupniczej) w Krakowie 1-szą Okrężną Wystawę przeciwalkoholową, ilustrującą zgubny wpływ alkoholu na ustrój ludzki i metody zwalczania alkoholizmu.

Poznań.

W Zakładzie Farmakologji U. P., Grunwaldzka 14. odbyło się dnia 30 października 1931 r. XV. Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N., z następującym porządkiem obrad: 1) Komunikaty Zarządu. 2) Pokazy. 3) Dalszy ciąg rozprawy nad odczytem dr. J. Zeylanda, wygłoszonym dnia 16 października 1931 przez dr. E. Piasecką-Zeylandową. 4) Wykład: Prof. Dr. Hrynakowski: Oktawa biologiczna i jej znaczenie dla zrozumienia działania leków typu anjonów i katjonów. 5) Po wykładzie odbyło się zwiedzenie nowego Zakładu Farmakologji U. P.

Z kraju.

Zezwolenie na wyrób i obrót preparatów do odszczurzania. Min. Spraw Wewn. okólnikiem Nr. Z. Z. 5519/31 z dn. 15 września r. b., nawiązując do okólnika Nr. 207 z dnia 23. IX. 1929 r. w sprawie tępienia gryzoniów (L. Z. Z. 4446/29), zawiadomiło wojewodów i komisarza Rządu m. st. Warszawy, że firma „Serovac" we Lwowie otrzymała zezwolenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia Nr. Z. F. 1860/31 z dnia 29. V. 1931 r.) na wyrób i obrót preparatów: Ratyna (preparat Cebuli morskiej) i Ratynina (trutka bakteryjna), zaregestrowanych pod Nr. 68.

Stypendjum Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej. Stypendjum to w sumie 1000 zł. płatne w 2 ratach półrocznych po 500 zł. wakuje od 1 września. Przeznaczone jest dla studenta medyka 4 lub 5-go roku, lub też dla młodego lekarza na wykonanie rozpoczętej pracy z zakresu nauk lekarskich. Pragnący ubiegać się o stypendjum winni złożyć przed 1 listopada r. b. na ręce sekretarza Tow. Dr. Knappego (Warszawa, Hoża 37, m. 4) podanie z krótkim życiorysem i zaświadczeniem kierownika naukowego o rozpoczętej pracy naukowej. Otrzymujący stypendjum obowiązany jest złożyć sprawozdanie z pracy wykonanej w ciągu roku.

Zarząd Zrzeszenia Wykwalifikowanych Technicznych Sił Laboratoryjnych im. pierwszego Rektora U. P. Heljodora Święcickiego podaje pp. lekarzom, szpitalom, zakładom i t. p. do łaskawej wiadomości, że pod protektoratem Dziekana Wydziału Lekarskiego U. P. p. Prof. Dr. Padlewskiego utworzyło się wyżej wymienione Zrzeszenie o charakterze zawodowo-naukowym. Ponieważ Zrzeszenie będzie miało obowiązek starania się o posady swoim członkom, nie mającym zajęcia, przeto prosimy o łaskawe zgłaszanie wolnych posad na ręce sekretarza Zrzeszenia p. Suchaneckiego Zygmunta pod adresem Zakład Mikrobiologji Lekarskiej U. P. Wały Wazów 25.

Ze świata.

Udział Polski w pracach Międzynarodowego Towarzystwa Szpitalnictwa. Na odbytem w czerwcu r. b. w Wiedniu „II Międzynarodowym Kongresie Szpitalnictwa" utworzone zostało Międzynarodowe Tow. Szpitalnictwa, składające się z dwóch przedstawicieli trzydziestu kilku narodowych towarzystw poszczególnych krajów. Stałymi delegatami z Polski wybranymi przez P. T. S. są: dr. T. Mogilnicki z Łodzi i prof. dr. Wł. Szenajch v. prezes P. T. S. z Warszawy. Poza tem rozpoczynają się już prace w dziesięciu specjalnych komisjach przygotowujących materjały i wnioski na kolejne kongresy. Komisje te składają się z jednego przedstawiciela każdego państwa: do tworzącej się Komisji budownictwa szpitalnego pod przewodnictwem wybitnego znawcy tego przedmiotu arch. H. Distela z Hamburga został powołany inż. arch. Wł. Borawski sekretarz-skarbnik Polskiego Tow. Szpitalnictwa.

Międzynarodowy związek, mający na celu rozwój medycyny, zastosowanej do ubezpieczeń na życie. W r. 1935 odbędzie się w Genewie VI międzynarodowy zjazd, poświęcony medycynie w dziale ubezpieczeń od wypadków i chorób zawodowych. Za zgodą narazie 16 państw (Anglji, Austrji, Belgji, Czechosłowacji, Danji, Francji, Hiszpanji, Holandji, Italji, Luxemburgu, Niemiec, Norwegji, Polski, Szwajcarji, Szwecji i Węgier) utworzył się międzynarodowy komitet, mjący za zadanie przyłączenie do tego zjazdu lekarzy, pracujących w dziale ubezpieczeń na życie, w celu dania również i im możności prowadzenia obrad nad swojemi zagadnieniami. Dla prac wstępnych wyłoniono komitet, składający się z siedmiu osób: Dra Hörniga (Berlin), Dra Maya (Londyn), Dra Goffina (Bruksella), Dra Coerta (Haga), Prof. Romanelli (Rzym), Prof. Bergstranda (Sztokholm), Dra. F. Kaufmanna (Zurych). Na przewodniczącego powołano Dra Hörninga, na sekretarza Dra F. Kaufmanna. Komitet nawiązał łączność z międzynarodowym Komitetem działu ubezpieczeń od wypadków i chorób zawodowych.

Według danych amerykańskich trwa w Stanach Zjednoczonych silna epidemja porażenia dziecięcego. Punktem wyjścia jest stan New-York z okolicami. Od stycznia r. b. do końca sierpnia odnotowano 2250 przypadków w mieście New-Jorku, wszystkie z wyjątkiem 34 wystąpiły od 1 lipca r. b.

47 lekarzy zasiada w charakterze posłów w parlamencie hiszpańskim. Obecnie maja oni przedłożyć Izbie parlamentarnej ważne projekty dotyczące skutecznych zmian w urządzeniach społecznych i sanitarnych.

Kasa Chorych w Berlinie buduje nowy gmach administracyjny za 11 miljonów złotych. Jedynie lekarze są winni, jeśli wydatki Kasy Chorych są zbyt wysokie. Należy przyznać, że nie wszyscy lekarze — ulegając życzeniom pacjentów — gospodarują dość oszczędnie. Lecz, aby w dzisiejszych czasach gmach administracyjny za 11 miljonów złotych był koniecznie potrzebny, gdzie tyle lokalów biurowych jest wolnych, o ile dotychczasowe naprawdę Kasie Ch. nie wystarczają, tego nie każdy zrozumie. Można przypuszczać, że 11 miljonów zł mogłoby lepiej być użytych na usługi członków Kasy Ch.

Redakcja otrzymała.

Medycyna współczesna dla lekarzy praktyków. Tom I. Prof. Dr. Erich Leschke. Schorzenia przemiany materji i Dr. Ant. Goldmann. Cukrzyca a zabiegi chirurgiczne.

Kuligowski Zygmunt. Teorja kinetyczna materji, czyli vis vitalis. Tom I, część ogólna. Bibljoteka wiedzy. Warszawa 1931.

Arquivo de repartiça o de antropologia criminal, psicologia experimentale identificação civil do Pôrto., Volumen I, fasciculo 1, 2, 1931.